UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1920 — N° 2

INDICATIONS OPERATOIRES

et procédé de choix

POUR

Le Traitement chirurgical des Ulcères

DE L'ESTOMAC

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 3 Février 1920

PAR

Charles-Emmanuel DAVID

Externe des Hôpitaux de Paris
Interne de l'Hôpital d'Oran
Né à Claye-Souilly (Seine-et-Marne), le 1er Avril 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. E. VINCENT, Professeur de clinique chirurgicale, *Président.*
ARDIN-DELTEIL, Professeur de clinique médicale.
CABANES, Chargé des fonctions d'agrégé.
LOMBARD, Chargé des fonctions d'agrégé.
} *Juges*

ALGER
Imp. F. MONTÉGUT,
12, Rue Charras, 12

1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1920 — N° 2

INDICATIONS OPERATOIRES

et procédé de choix

POUR

Le Traitement chirurgical des Ulcères

DE L'ESTOMAC

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 3 Février 1920

PAR

Charles-Emmanuel DAVID

Externe des Hôpitaux de Paris
Interne de l'Hôpital d'Oran
Né à Claye-Souilly (Seine-et-Marne), le 1er Avril 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. **E. VINCENT**, Professeur de clinique chirurgicale, *Président.*
ARDIN-DELTEIL, Professeur de clinique médicale.
CABANES, Chargé des fonctions d'agrégé. } *Juges*
LOMBARD, Chargé des fonctions d'agrégé.

ALGER
Imp. F. MONTÉGUT,
12, Rue Charras, 12

1920

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (O, ✻, I. ✪).
ASSESSEUR..... HERAIL (I. ✪).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪)
Chimie biologique	MAILLARD (✻, I, ✪)
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✪).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O, ✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻ I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ✪).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ✪),
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻I.✪MA.O)
Histologie	ARGAUD (✻, I. ✪).
Hygiène	CHASSEVANT.
Médecine légale	MICHELEAU (✻, A. ✪)
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✪).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✻, I. ✪).
Pharmacie	X...
Physiologie	X...
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O ✻)
REY (✻, I. ✪).
BATTANDIER (I. ✪).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✻, I. ✪)

AGRÉGÉ CHARGÉ DE COURS

Physiologie..... M. TOURNADE (✻).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES (✻, I, ✪). / LOMBARD.
Médecine	M. RAYNAUD.
Accouchements	FUSTER (✻, I. ✪).
Chimie	H. MALOSSE (I. ✪).
Pharmacie et matière médicale	MUSSO (A., ✪).
Parasitologie et sciences naturelles	X...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
Mon premier maître en médecine

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE
Mort pour la France

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE BÉNÉVOLE ET STAGE

M. LE DOCTEUR PICQUÉ (In Memoriam)
Hôpital Lariboisière (1908-1909)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BEZANÇON
Hôpital de la Charité (1909)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ KIRMISSON
Hôpital des Enfants Malades (1910)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEBOVE
Hôpital Beaujon (1910-1911)

EXTERNAT

M. le Docteur BEURNIER (In Memoriam)
Hôpital Saint-Louis (1911-1912)

M. le Docteur THIBIERGE
Hôpital Saint-Louis (1912)

M. le Docteur TRIBOULET
Hôpital Trousseau (1912-1913)

M. le Docteur DESTERNES
Hôpital Beaujon (1913-1914)

M. le Docteur LEPAGE (In Memoriam)
Hôpital Boucicaut (1914)

INTERNAT

A M. le Docteur ABADIE

Chirurgien en chef à l'Hôpital civil d'Oran

L'inspirateur de ce travail

En souvenir respectueux de mon internat dans son service (1919)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur VINCENT

Chirurgien des Hôpitaux d'Alger

A MES JUGES

PRÉFACE

Arrivé, après cinq années d'interruption, au terme de mes études médicales, je ne puis m'empêcher de jeter un coup d'œil autour de moi, et de voir hélas ! qu'il manque à mes côtés, des êtres bien chers : mon Père, victime de son dévouement pour ses malades ; ma Mère, qui n'a pu lui survivre; mon Frère, enfin, glorieusement tombé au Bois-Leprêtre en 1915.

A tous les trois, je veux rendre, ici, un hommage de profonde affection et de reconnaissance.

Je tiens à assurer Monsieur le Professeur Vincent de toute ma respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il a bien voulu me faire, en acceptant d'être mon Président de Thèse.

Il me sera difficile de prouver ma reconnaissance au Docteur Abadie, d'Oran, pour l'accueil que j'ai reçu de lui, à tous points de vue, et pour les excellents enseignements que j'ai recueillis, pendant mon internat, dans son service hospitalier.

Je veux aussi remercier particulièrement Monsieur le Docteur Baraillaud, radiographe de l'Hôpital Civil d'Oran, et Monsieur Masson, chef du laboratoire : l'un et l'autre ont, très aimablement facilité mes recherches, et leur concours m'a toujours été de la plus haute utilité.

Indications opératoires et procédé de choix pour le traitement chirurgical des ulcères de l'estomac.

INTRODUCTION

Magistralement étudié par CRUVEILHER en 1830 et nettement isolé par lui des autres gastropathies, l'ulcère de l'estomac a donné lieu, depuis cette époque, à un nombre considérable de travaux.

Dans la modeste étude que nous entreprenons aujourd'hui, nous nous contenterons, après avoir, aussi nettement que possible, défini ce que nous entendons par ulcère de l'estomac, d'étudier d'abord les différentes méthodes opératoires, en disant à laquelle vont nos préférences, ensuite les raisons sur lesquelles, à notre avis, il convient de baser l'intervention.

Que doit-on entendre, à l'heure actuelle, par « ulcère de l'estomac ? »

Nous basant sur les résultats constatés à l'opération, nous engloberons sous cette dénomination, non seulement les ulcus du corps de l'estomac, petite courbure, cardia ou antre-pylorique, mais aussi les lésions ulcéreuses situées au niveau du pylore, aussi bien

sur le versant stomacal que sur le versant duodénal. La localisation duodéno-pylorique de ces ulcérations est, en effet, extrêmement fréquente, et d'après les 31 observations que nous avons recueillies dans le service hospitalier de notre Maître, le Docteur ABADIE, (d'Oran), pendant les huit mois de notre internat chez lui, sur 18 ulcères de la région pylorique, nous avons trouvé les localisations suivantes :

Un ulcus à cheval sur le pylore, 4 pré-pyloriques stomacaux (3 en évolution, 1 cicatrisé), 13 juxta-pyloriques, mais à siège nettement duodénal (10 en évolution, dont 1 double et 3 en voie de cicatrisation presque complète). La prédominance du siège duodénal pour les ulcus de la région pylorique est donc très nette, puisqu'elle est de 13 contre 4. Nous estimons, en outre, qu'une lésion située au delà, mais près du pylore, c'est-à-dire sur le duodénum, retentira sur le réservoir gastrique qui le précède. D'ailleurs, G. COLE, dans un article paru dans *The Lancet*, le 2 mai 1914, propose de supprimer la dénomination d' « ulcus duodénal » et de la remplacer par celle d' « ulcère post-pylorique ».

Enfin, nous nous sommes rendu compte que, la plupart du temps, le diagnostic entre ulcères post et pré-pyloriques, était matériellement impossible, même avec un examen clinique très soigneusement établi, accompagné de l'examen radioscopique toujours effectué en notre présence, et de l'examen du chimisme gastrique, fait avec tout le soin désirable, par nous-même, ou par M. le Chef du laboratoire de l'Hôpital. LANDAU, (de Varsovie), a déjà soutenu la même idée et déclaré que les symptômes sont très fréquemment les mêmes : douleurs nocturnes (hunger pain, des auteurs anglais), hématémèses ou mélaenas, vomissements, périodicité des douleurs, sont des signes cliniques que l'on retrouve dans les deux cas.

Nous étudierons donc ensemble les ulcères de l'estomac et de la région pylorique.

Contrairement à ce que l'on pourrait considérer comme plus logique, nous mettrons le choix de l'opération avant les indications opératoires. En effet, sans vouloir faire ici le procès de la clinique, et estimant, au contraire, qu'elle peut, à elle seule, dans la plupart des cas, permettre un diagnostic précis, comme nous le dirons plus loin, nous pensons que l'étendue des indications opératoires ne dépend pas seulement de la précision de l'examen clinique, des signes révélateurs qu'il fournit, du diagnostic précoce qu'il permet, mais dépend encore, pour une très large part, de la diminution des risques opératoires, suivant la technique employée. Il va de soi que plus l'intervention chirurgicale présentera d'innocuité, et plus souvent le chirurgien sera fondé à en conseiller l'emploi, plus on étendra les indications opératoires.

Le chirurgien prendra plus fréquemment le bistouri, non seulement après un diagnostic précis, pour faire, délibérément, une intervention grave, mais vraiment curative, — et cela parce que sa technique personnelle aura abaissé la mortalité au même taux que celui des interventions palliatives entre d'autres mains, — mais encore il opèrera dans tous les cas où le diagnostic reste incertain, malgré toutes les recherches cliniques, aidées de la radiologie et de la chimie.

CHAPITRE I

Evolution du traitement chirurgical de l'ulcère gastrique

Au *Congrès de Chirurgie* de 1910, RICARD et PAUCHET commençaient ainsi leur rapport sur l'ulcère duodénal et son traitement :

« La mise à l'ordre du jour de notre Congrès de la « question de l'ulcère duodénal a pu surprendre « quelques-uns d'entre nous étant donné le faible « intérêt chirurgical accordé jusqu'ici, en France, à « l'ulcus du duodénum. »

En effet, avant cette époque, cette question avait fort peu intéressé les chirurgiens. BUCQUOY, en 1887, avait publié un mémoire remarquable dans les *Archives générales de Médecine,* mais ne s'était occupé que du traitement purement médical. La période chirurgicale ne s'ouvre guère qu'en 1900 avec le rapport de WEIR à l'*American Surgical association* et les études de MOYNIHAN (de Leeds).

Le rapport de RICARD et PAUCHET reste donc, en France, comme une des premières études vraiment complète et intéressante sur l'ulcus duodénal. D'après ce que nous avons dit plus haut, on comprendra que nous en tirions parti en étudiant les ulcus de la région pylorique.

Laissant délibérément de côté les questions qui sont en dehors de notre sujet et sur lesquelles nous ne voulons pas insister, telle que la fréquence de l'ulcère, son anatomie pathologique et la symptomatologie dont nous parlerons plus loin au sujet des indications opératoires, nous retiendrons seulement de ce qui a été dit au Congrès de chirurgie de 1910, ce qui se rapporte au traitement :

Ricard et Pauchet estiment que la gastro-entérostomie, procédé de von Hacker, est l'opération de choix. On peut y ajouter l'enfouissement de l'ulcère qui est une excellente précaution, en prévenant les accidents de rupture toujours possibles, même après une G. E.

Ils rejettent formellement l'excision de l'ulcère et la gastro-duodénoplastie (opération de Finney) comme de mauvais procédé et des opérations défectueuses. L'exclusion duodéno-pylorique est rapidement signalée comme une opération qui pourrait éventuellement être appliquée avec succès. Quant à la résection du segment pyloro-duodénal, déjà pratiquée à cette époque par Moynihan, elle n'obtient pas l'approbation des auteurs.

Hartmann ne pratique que la G. E. avec quelquefois l'excision de l'ulcère.

Jonnesco, par contre, déclare que la G. E. est loin d'être une opération de choix et ne doit être employée que si l'exclusion du pylore est impossible. Elle ne met pas à l'abri, en effet, d'accidents ultérieurs et ses bons résultats immédiats ne sont pas durables. C'est à l'exclusion pylorique que vont ses préférences et c'est elle qu'il pratique depuis 1907.

Delaunay et Monprofit, ne font que la G. E. et s'en trouvent fort bien. Quant à Tédenat (de Montpellier), il condamne l'exclusion du pylore qui a le tort d'allonger l'opération, de l'aggraver sans en amé-

liorer les résultats fonctionnels et ne veut que la G. E. seule.

Nous verrons plus loin combien l'opinion de la plupart de ces auteurs s'est modifiée par la suite.

Pendant plusieurs années, il fut donc généralement admis que la G. E. était l'opération de choix, dans le traitement des ulcus gastriques ou duodénaux, l'exclusion du pylore, la résection gastrique, l'excision de l'ulcus étant considérées comme des opérations trop graves et ne donnant pas de meilleurs résultats.

Bientôt, cependant, quelques idées nouvelles commencent à se faire jour. La G. E. n'apparaît plus comme aussi parfaite qu'on l'avait cru au début; on arrive à en noter les imperfections.

Krabbel et Geinitz (de Bonn), rapportent bien une statistique de 178 cas d'ulcères opérés par G. E. et s'y montrent encore nettement favorables. Mais ils avouent n'avoir employé une autre méthode (résection ou exclusion) que 9 fois dont 1 cas de mort et 1 cas de guérison imparfaite.

Mais par contre Hertz (de Londres), indique que la radioscopie montre fréquemment les imperfections de la G. E. : évacuation trop rapide par manque de tonicité de la bouche, d'où diarrhée et affaiblissement du malade; évacuation trop lente si l'anastomose a été pratiquée au-dessus du niveau du liquide stomacal.

Mallory (de Washington) rapporte 5 cas où la G. E. dans l'ulcère a été nettement insuffisante, les douleurs et les vomissements ayant persisté.

Plus récemment, Hutchinson (de Londres) étudie les désagréments après la gastro-entérostomie: persistance des douleurs, si le pylore est resté perméable, vomissements par « circulus viciosus »; enfin désordres fonctionnels, éructation, flatulence, si la

bouche d'anastomose a été faite un peu trop haute, ou au contraire évacuation trop rapide par perte de la tonicité.

Enfin tout dernièrement, Carr a signalé dans *The Journal of the American Medical Association,* un cas de mort par perforation d'un ulcus gastrique, 8 jours après une G. E.

Nous pouvons nous-même rapporter deux cas montrant très nettement l'insuffisance de la G. E. Le premier concerne un nommé L..., à qui l'on avait fait une G. E. pour un ulcus gastrique. Il n'y eut aucune amélioration, les douleurs et les vomissements ne cessèrent jamais.

Deux ans après, il entrait dans le service du Dr Abadie. A l'opération, on constate que la bouche anastomotique avait été faite un peu haut. Une pylorectomie fit cesser tous les accidents (voir Observation n° VIII).

Le second malade est le nommé G... On lui fait une G. E. en 1912 après avoir diagnostiqué, sur la table d'opération, une néoplasme pylorique. En raison de ce diagnostic, la bouche est faite assez loin du pylore. Pendant 7 ans tous les symptômes disparaissent. Puis, il y a quelques mois, ils font à nouveau leur apparition comme autrefois. Nouvelle intervention. On trouve un ulcus cicatrisé du pylore; pas de néoplasme, mais l'anastomose ayant été pratiquée assez haut pour la raison dite précédemment, on fait une pylorectomie. L'état du malade s'améliore alors rapidement (Observation n° XXXI).

Ces inconvénients successivement signalés de tous côtés ont conduit peu à peu les opérateurs à modifier leur méthode. Contre la persistance des douleurs, les vomissements, le « circulus viciosus », on a été amené à employer l'exclusion du pylore. De cette façon l'ulcus est complètement et mécaniquement mis

au repos et les troubles indiqués précédemment cessent par ce fait même.

Les techniques sont assez nombreuses et chaque chirurgien préconise la sienne qu'il prétend être la meilleure, sans doute, parce qu'il est plus habitué à l'employer.

Ne voulant pas entrer ici dans les détails, nous ne ferons qu'indiquer les divers procédés :

Porta, dans le *Journal de Chirurgie*, du mois de mars 1914, décrit, dans une intéressante étude, l'exclusion pylorique suivant la méthode de Biondi : incision d'un manchon de muqueuse gastrique après décollement circulaire sous-musculaire ; fermeture des deux extrémités du manchon. De cette façon la continuité stomaco-duodénale est interrompue. Cette méthode est intéressante, fort ingénieuse et ne présente pas, paraît-il, de grandes difficultés dans son application. Nous n'avons jamais eu, pour notre part, l'occasion de la voir mettre en pratique.

Kemling, Berg, Wilms, préconisent l'exclusion par simple ligature, tandis que Doyen et Mayo (de Rochester), l'obtiennent par plastique au moyen d'une bandelette aponévrotique, ou d'un lambeau d'épiploon enserrant le pylore.

Enfin Brewer, en 1914, expérimente — mais sur les chiens seulement — un procédé de fermeture rapide du pylore au moyen d'une bande d'aluminium de 5 centimètres de long et de 1 centimètre de large.

Cependant on signale bien vite des accidents à la suite de l'emploi de ces divers procédés. La méthode par plastique est insuffisante et la radioscopie montre qu'après très peu de temps — quelques mois en général, — le pylore est à nouveau perméable. La bandelette aponévrotique est résorbée ou s'est relâchée. La ligature, de son côté, provoque des perforations quand elle est placée sur un petit ulcus sous-jacent

ignoré. On en arrive donc bientôt à préférer le procédé d'exclusion par section complète ou procédé de VON EISELSBERG. C'est évidemment le plus parfait et celui qui donne, croyons-nous, les meilleurs résultats. Nous résumerons à ce sujet, une fort intéressante observation que nous devons à l'obligeance de notre Président de thèse, M. le Professeur VINCENT.

OBSERVATION I

(Pr VINCENT, d'Alger)

Ulcère du duodénum avec hématémèses répétées. Gastro-entérostomie avec exclusion du pylore. — Guérison.

« Le jeune Gilbert M..., âgé de 16 ans, vient à l'Hôpital « de Mustapha d'Alger, le 5 novembre 1918, pour trou- « bles digestifs. Il entre le 3 décembre, salle Trousseau.

« Il déclare avoir eu, en décembre 1917, une crise de « gastro-entérite, suivie de rhumatismes articulaires ai- « gus généralisés. Le médecin aurait diagnostiqué, à ce « moment, un début d'endocardite.

« Resté quelque temps à la diète, il sentit dès qu'il se « mit à manger une douleur « atroce » au creux épigas- « trique avec irradiation vers les flancs. Les douleurs sont « plus fortes immédiatement après les repas. Etat station- « naire pendant deux mois, puis peu à peu amélioration. « Le malade a engraissé de 9 kilos et ne ressent plus « rien. Vers la fin de septembre 1918, il est pris d'une « indigestion. Hématémèses très abondantes, pendant 2 ou « 3 jours, puis une fois par semaine seulement pendant « 3 semaines, et à ce moment mélaenas pendant 1 à 2 « jours.

« En octobre, mêmes symptômes : indigestion, héma-
« témèse, mélaenas, et il y a 8 jours, nouvelle hématémèse.
« Le malade à son entrée, est dans un état de faiblesse
« extrême. La numération des globules rouges donne
« 1.140.000. La radiographie montre un spasme pylori-
« que. Hémostyl, sérum gélatiné. Les hématémèses ne se
« renouvellent plus. Numération globulaire : 1.800.000 glo-
« bules rouges et 9.000 globules blancs, le 8 janvier 1919.
« Le 15 janvier on tente une transfusion de sang. La fai-
« blesse diminue. Numération globulaire : globules rou-
« ges : 2.020.000.
« Globules blancs : 10.000, le 23 janvier.
« Le 10 février, nouvelle transfusion.
« Le 18 février, numération globulaire : globules rou-
« ges : 2.300.000.
« Le 8 mars : globules rouges : 2.800.000.
« On pratique une laparatomie le 14 mars. On trouve
« un ulcère du duodénum. Gastro-entérostomie postérieure,
« avec exclusion du pylore par section complète. Le petit
« malade sort le 9 avril complètement guéri. Il a repris
« ses occupations et se trouve, à l'heure actuelle, en ex-
« cellente santé. »

De cette observation, nous dégagerons les précieux enseignements suivants :

1°) Elle confirme ce que nous disions au début, à savoir que le diagnostic entre les ulcus post et pré-pylorique est souvent impossible. En effet, les hématémèses que l'on prétend en général n'exister que dans l'ulcus gastrique et non dans l'ulcère duodénal, ont cependant été fréquentes dans ce cas.

2°) La transfusion du sang est une excellente méthode, admise aujourd'hui par la plupart des chirurgiens et qui permet de ramener rapidement et sûrement à la normale la valeur globulaire après une perte de sang considérable.

Hunt et Hèlen Ingleby ont récemment fait connaître une observation d'un malade atteint d'ulcus stomacal avec fortes hémorragies où, grâce à la transfusion de 100 cc de ce sang par semaine, le nombre de gobules sanguins était passé en 1 mois de 1.500.000 à 4.000.000.

3°) L'exclusion du pylore par section est une bonne opération et ne présente pas les difficultés de techniques que certains auteurs, comme Porta, dont nous parlions plus haut, semblent y trouver pour mobiliser la portion pylorique de la résection.

Enriquez et Gosset, de leur côté, dans une communication faite à la *Société de Chirurgie* de Paris en 1914, ont déclaré que la G. E. était manifestement insuffisante au point de vue des résultats éloignés ; les résultats sont bons seulement si la sténose pylorique est absolue. Or, il est évident que la sténose pylorique n'est presque jamais complète; il est, en tous cas, fort difficile de s'en rendre compte; aussi, pour éviter toute erreur, ils préconisent l'exclusion du pylore et n'admettent qu'un procédé : celui par section complète, les autres ne donnant que des résultats imparfaits et inconstants.

Quenu et Cunéo se sont, dans la discussion, ralliés à cet avis.

Mais voici un grave reproche que l'on peut faire à cette opération : elle ne s'attaque pas à l'ulcus lui-même, et par conséquent ne met à l'abri ni des hémorragies persistantes, ni de la perforation ultérieure, ni surtout de la transformation néoplasique.

Une intéressante statistique de F. Smithies (de Chicago), portant sur 566 cas de néoplasmes gastriques opérés, montre que, dans 60 0/0 des cas, on aurait affaire à un ulcéro-cancer, à un ulcus chronique, avec période dyspeptique pré-cancéreuse da-

tant de plusieurs années (11 ans en moyenne) suivie d'une période cancéreuse de queques mois seulement. Il n'y aurait eu que 30 0/0 de néoplasmes primaires, différenciés cliniquement des ulcéro-cancers, par la période dyspeptique datant seulement de 5 à 6 mois.

C'est pour parer à ces inconvénients que l'on a proposé d'abord l'excision de l'ulcère et, plus récemment, avec Balfour (de Rochester), la cautérisation des ulcus.

L'excision de l'ulcère ne peut se pratiquer dans tous les cas. D'après Pelaez, il faut n'employer cette méthode que pour les petits ulcus, surtout médio-gastriques. Sur une lésion un peu considérable, la résection entraînera, en effet, une déformation de l'estomac après les sutures, et l'on risquera d'avoir à nouveau un estomac en sablier, ou une petite courbure angulaire, si l'ulcus siégeait à ce niveau.

La cautérisation de Balfour, au thermo-cautère, est une bonne méthode. Elle permet de détruire largement tout le tissus malade, et évite, par conséquent, la transformation néoplastique. A la suite d'une récente communication, cependant, faite par P. Duval à la *Société de Chirurgie* de Paris, Hartmann faisait remarquer combien il est anormal d'affronter deux surfaces dont les bords ont été détruits par la chaleur. De plus, elle n'est applicable qu'aux petits ulcus, mobiles, non adhérents. Nous avons vu, par nous-même, combien ces cas sont exceptionnels. Si l'on veut employer ce procédé pour les ulcus un peu considérables, on peut lui appliquer les mêmes remarques qu'à l'excision, quant à la déformation de l'organe.

L'enfouissement de l'ulcus, indiqué par Ricard et Pauchet en 1910, ne met à l'abri que de l'hémorragie secondaire : il est donc, lui aussi, insuffisant.

CHAPITRE II

La gastrectomie s'impose de plus en plus comme méthode de choix

A tous les procédés que nous venons de passer rapidement en revue, et dont nous avons essayé de montrer, aussi nettement que possible, les inconvénients, ne peut-on en opposer un plus parfait ? N'y a-t-il pas place pour une opération complète et vraiment curative, enlevant le mal lui-même, sans récidive possible, et présentant, cependant, un minimum de risques pour l'opéré ?

Ces conditions essentielles, nous les avons trouvées réunies dans l'emploi systématique de la résection gastrique, dans la gastrectomie faite avec les méthodes nouvelles indiquées et mises en pratique par Mayo, Pauchet, Témoin et d'autres encore.

Quelles objections peut-on opposer, *a priori*, à cette méthode ? Une seule à notre avis : sa gravité. Elle apparaît due à l'étendue plus grande du traumatisme chirurgical ; à la durée plus longue, évidemment, de l'acte opératoire ; au danger immédiat et ultérieur d'une anesthésie prolongée, chez un sujet déprimé.

Ces écueils sont, à l'heure actuelle, très notablement diminués, sinon évités : la technique générale

de l'écrasement rend l'excision rapide et aseptique ; l'analgésie régionale laisse au sujet sa résistance intégrale : le shock n'existe plus.

Il faut avouer, d'ailleurs, que la technique n'a pas été d'emblée ce qu'elle est aujourd'hui. Et les premiers résultats s'en sont ressentis. Dès 1913, cependant, de Rydygier (de Lemberg), parlait déjà de la résection gastrique, comme devant être l'opération de choix, dans l'ulcus avec sténose cicatricielle. Il réserve l'excision de l'ulcère pour les petites hémorragies et l'enfouissement, avec épiplooplastie, pour les cas de perforation. La résection, dit-il, évite la dégénérescence en cancer, et il signale, d'ailleurs, très justement la difficulté de distinguer, en opérant, un néoplasme au début, d'un ulcus chronique. (Voir Obs. XXXI).

Finsterer, quelques mois plus tard, publiait 37 observations de gastrectomie et préconise les résections larges remontant très haut sur la petite courbure.

Roshem, dans sa thèse de doctorat passée à Lyon en 1914, sans aller aussi loin que le précédent, est d'avis que l'exclusion du pylore n'est qu'un pis aller, et la G. E. seule, à plus forte raison.

Enfin, la même année, Pauchet, dont nous avons étudié les idées sur ce sujet au Congrès de Chirurgie de 1910, affirme à la *Société de Chirurgie* de Paris, à propos de l'observation d'un de ses opérés, sa conviction que la G. E. est une opération insuffisante et déclare qu'il applique systématiquement la résection large de l'estomac.

Quénu et Cunéo abondent dans son sens et ce dernier signale la simplification de la technique qui consiste à abandonner, dans certains cas, le fond de l'ulcus adhérent, au pancréas par exemple, comme cela arrive fréquemment.

Delore et Santy, sont, eux aussi, de fervents partisans de la gastrectomie et l'appliquent dans tous les cas d'ulcus, hémorragiques ou non.

Enfin, en 1916, Pauchet, dans une excellente étude sur le *Traitement de l'ulcère chronique de l'estomac* ne craignait pas d'affirmer que les 3/4 des cancers sont greffés sur d'anciens ulcus, et que, par conséquent, pour obtenir un résultat définitif et total, il ne fallait pas hésiter à employer la gastrectomie. Il revenait encore sur cette question tout récemment et terminait sa communication en disant que « seules, les résections larges donnent de bon résultats éloignés ».

Qu'il nous soit permis maintenant de jeter un rapide coup d'œil en arrière et de faire une comparaison entre la première opération effectuée pour l'ulcère gastrique, la gastro-entérostomie, et l'opération actuellement employée : la gastrectomie.

D'un côté, la gastro-entérostomie, opération simple, rapide, sans difficulté de technique, applicable à tous les cas, simplifiée encore par l'emploi du bouton de Murphy ou de Jaboulay, devait séduire, au premier abord, les opérateurs. Ses bons résultats immédiats, joints à son peu de gravité, ne pouvaient être qu'encourageants.

Mais bientôt les défauts apparaissaient : persistance des douleurs, des vomissements, des hémoragies; récidive des troubles, même à longue échéance; transformation néoplasique.

De l'autre côté, la gastrectomie, opération radicale, supprimant d'un coup tous les défauts de la G. E. mais où la technique minutieuse et délicate, jointe à la gravité plus grande de l'opération, peut effrayer le chirurgien. C'est la gravité actuelle de la gastrectomie que nous voudrions maintenant étudier.

La méthode étant assez récente, surtout avec les derniers détails de technique, et le nombre des communications faites sur ce sujet pendant la guerre ayant été des plus restreints, il ne nous a pas été possible de trouver de nombreuses statistiques.

Cependant nous avons dit précédemment que Finsterer avait publié 37 observations, et sans préciser le nombre exact des guérisons, il se prononce très nettement en faveur de cette méthode.

Delore et Santy publient 7 observations, toutes suivies d'un excellent résultat.

Dans sa thèse, Roshem en cite 25, favorables à la gastrectomie.

En 1917, Témoin (de Bourges), communiquait à l'*Académie de Médecine* sa statistique opératoire. Sur 172 opérés, il obtient 164 guérisons et 8 morts, soit environ 5 0/0 de perte.

Les chiffres fournis par Pauchet, presqu'à la même époque, sont un peu moins favorables à la résection gastrique, puisqu'il accuse une mortalité de 10 0/0 sur 217 opérations. Mais il fait très justement remarquer que, dans ce nombre, il y avait des cas tout particulièrement graves, tels que ulcus géants ayant envahis le pancréas, le foie, périgastrites suppurées, etc...

Enfin, nous avons réuni pendant notre internat dans le service du Docteur Abadie, une statistique de 30 cas, tous opérés par lui, en grande partie sous nos yeux. Ces observations ont fait l'objet d'un récent rapport du Docteur Abadie à l'*Académie de Médecine* à sa séance du 25 novembre 1919. Nous y ajouterons 1 cas opéré dans ce même service par M. le Docteur Maurin, Chirurgien suppléant à l'hôpital d'Oran, et nous-même.

Ces 31 résections gastriques se répartissent de la façon suivante :

17 pylorectomies d'emblée, plus ou moins étendues,

1 pylorectomie faite en deux temps, en raison de la faiblesse extrême du malade.

2 pylorectomies complémentaires à des G. E. anciennes, dont les résultats n'avaient pas été durables.

Enfin 11 gastrectomies étendues, c'est-à-dire remontant sur la petite courbure jusqu'au niveau de la portion ascendante.

Ces 31 résections gastriques, variant entre 4 à 5 cm et les 3/4 de l'estomac, ont donné un résultat de 29 guérisons et 2 morts. Pour ces derniers, dans un cas, l'ulcus étant fortement adhérent au pancréas, la dissection amena par la suite une hémorragie lente et continue. Dans l'autre cas, le malade mourut de péritonite au 7e jour, par désunion de la suture duodénale.

On est en droit de considérer qu'une telle statistique, déjà très bonne, peut encore être améliorée au fur et à mesure que la technique employée se perfectionne et qu'un même chirurgien acquiert une dextérité de plus en plus grande, par suite du nombre croissant des interventions. Ceci n'est cependant pas absolu, car le deuxième cas de mort s'est produit presque à la fin de cette série, et alors que le succès semblait assuré.

On trouvera, à la fin de cette étude, le résumé de toutes les observations.

Ces résultats sont donc essentiellement encourageants et nous sommes loin des statistiques données au *XXXIXe Congrès allemand de Chirurgie :* Payr estimait au moins à 10 0/0 la mortalité opératoire, Kuttner à 13 0/0. Pour Riedel, elle était de 26 0/0. Kelling et Gœbel ont soutenu en Allemagne la même opinion ainsi que W. Mayo et Coffey en Amérique.

Sans doute, ces améliorations incontestables des

statistiques, et la diminution de la mortalité à la suite de cette opération, cependant grave, sont dues aux perfectionnements de la technique.

Nous n'entrerons pas ici dans les détails et nous ne ferons que signaler les principaux.

En premier lieu, nous citerons la *méthode de l'écrasement*, dont nous avons vu par nous-même les avantages considérables et la supériorité incontestable sur la méthode des clamps.

En effet, le clamp ne serre que du talon et pas du tout de la pointe. Entre les extrémités des deux branches, il laisse fuir l'estomac. La tranche saigne, quelquefois assez abondamment, et le sang entraîne des particules de matières septiques qui vont contaminer le péritoine. Le bourrelet de suture, enfin, est gros, disgracieux et demande beaucoup d'étoffe pour être enfoui, ce qui peut être, dans certains cas, une difficulté.

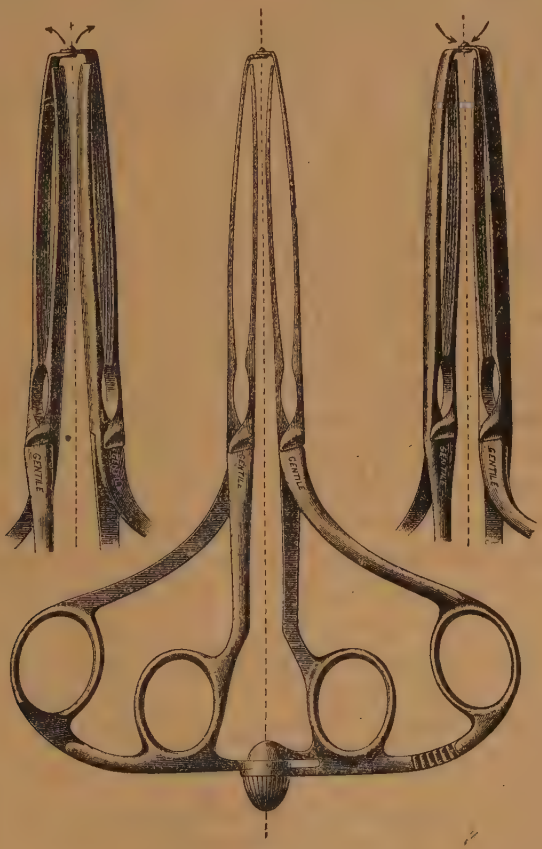
Avec l'écrasement, rien de semblable ne se produit. La section est rigoureusement aseptique, exsangue et la suture parfaite.

Quant à l'appareil écraseur, il en existe plusieurs modèles. Le premier en date, mais que nous ne signalerons que pour mémoire, parce qué, à mors beaucoup trop courts, et inutilisable pour la chirurgie gastrique, est celui de Doyen. Le premier modèle vraiment pratique nous est venu d'Amérique : c'est l'écraseur de Payr-Mayo. C'est celui dont nous nous sommes toujours servi jusqu'ici.

Depuis, Gudin (de Rio-de-Janeiro), en a fait construire un modèle avec serrage et vis, et De Martel a perfectionné encore cet appareil en rendant par un ingénieux dispositif le serrage égal au talon et à la pointe.

Pour la G. E. consécutive à la gastrectomie, elle est rendue pratique et rapide, grâce à la double pince

d'Abadie. La caractéristique de cet instrument est la mobilité autour d'un axe de la pince stomacale et de la pince jéjunale. Ce dispositif permet « d'ouvrir » l'angle des pinces quand on fait le surget postérieur de l'anastomose et de « fermer » cet angle quant on fait le surget antérieur, ce qui rapproche automatiquement les muqueuses gastriques et jéjunales. Grâce à cet instrument, un opérateur exercé peut faire, sans aucun aide, une G. E. Le fait s'est produit plusieurs fois dans notre service. Cette pince est notablement



Pince couplée d'Abadie

plus pratique que celle de CAWARDIN, modifiée par TÉMOIN, dont les deux branches fixes ne permettent ni d'éloigner ni de rapprocher les tranches de section selon les besoins du chirurgien.

Nous ne nous étendrons pas sur les diverses méthodes de suture : suture de Mayo, en faisant passer le fil par-dessus l'écraseur, ou suture avec enfouissement, suivant la méthode classique. La première a pour elle sa rapidité, l'autre, sa sûreté plus grande. C'est affaire d'appréciation pour chaque chirurgien et plutôt, à notre avis, une question d'habitude; nous avons, pour notre part, employé l'une et l'autre méthode sans trouver à l'une ni à l'autre les inconvénients qu'on lui reproche habituellement.

Nous venons d'exposer les points de techniques essentiels et indispensables pour toute bonne gastrectomie. Nous signalerons, en outre, cependant, l'importance du choix de l'anesthésique et des soins pré et post-opératoires. Pour notre part, nous avons toujours pratiqué les gastrectomies avec analgésie pariétale, complétée par la rachi-anesthésie haute, sans avoir un seul accident, ni pendant, ni après l'opération. L'anesthésie obtenue à toujours été excellente. Dans quelques opérations, seulement, spécialement difficiles, et un peu plus longues que de coutume, le malade se plaignait tout à fait à la fin, notamment pendant la suture du péritoine. Celle méthode diminue, à notre avis, considérablement, le shock produit par une anesthésie générale, (éther ou chloroforme), et contribue à la rapide guérison des opérés qui, généralement, quittent l'hôpital au quinzième jour.

On peut également employer l'anesthésie para-vertébrale, décrite par PAUCHET et SOURDAT, avec les mêmes avantages.

L'importance des soins pré et post-opératoires n'est pas à discuter. Plusieurs jours avant l'opération, il faut stimuler le malade, — en général en état de dénutrition et affaibli, — par des injections de sérum physiologique, avec adrénaline ou glucose. C'est là, que la tranfusion sanguine peut avoir de précieuses indications pour que le sujet arrive sur la table d'opération dans un état aussi voisin que possible de la normale.

Les jours qui précèdent l'intervention, diète lactée et hydrique; boissons bouillies et stériles. Purgation l'avant-veille de l'opération et le jour même lavage de l'estomac au sérum chaud.

Après l'opération, nous nous sommes toujours trouvés bien de laisser les malades au moins 3 jours à la diète absolue, sans même leur laisser boire aucun liquide. Delore et Santy (de Lyon), préconisent l'alimentation précoce de ces opérés et prétendent qu'une suture non étanche dans les premières heures ne le sera jamais. N'ayant pas employé cette méthode, nous ne pouvons en parler en toute connaissance de cause. Cependant, elle nous paraît augmenter inutilement les risques. Nous nous contentons de soutenir l'opéré, dans les premiers jours qui suivent l'intervention, par des injections de sérum artificiel ou de sérum glucosé (méthode de Murphy, sérum glucosé rectal, goutte à goutte).

Pour résumer, nous pourrions donc schématiser rapidement l'opération actuelle de la gastrectomie avec gastro-entérostomie :

Rachi-anesthésie, complétée par une anesthésie locale de la paroi abdominale au niveau de l'incision et des muscles grands droits.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Décollement

colo-épyploïque (procédé Okynzic) pour explorer aisément la face postérieure de l'estomac. Désinsertion des épiploons à la compresse (Témoin). Après la libération des adhérences et les ligatures, pose d'un petit écraseur sur le segment duodéno-pylorique; section sur l'écraseur au bistouri ou au thermo-cautère. Pose d'un grand écraseur au-dessus de l'ulcus. Section comme précédemment, suture des tranches duodénales et gastriques avec enfouissement et renforcement épiploïque.

G. E. : ce sera la plupart du temps une gastro-jéjunostomie latéro-latérale, transmésocolique, postérieure. Chaque cas a cependant des indications spéciales, et dans une résection étendue de l'estomac, on peut être forcé de faire une G. E. termino-latérale après rétrécissement de la section gastrique (Billroth). Nous avons été amené à employer ce procédé comme on peut s'en rendre compte, par la lecture des observations. (Observations n°s VII, IX, XXI.)

Voici, esquissées, les grandes lignes de cette opération. Nous n'avons pas la prétention de la présenter comme une méthode infaillible, toujours simple et facile à appliquer. C'est cependant pour nous la méthode la meilleure et le procédé de choix dans le traitement de l'ulcus gastrique.

Il faut certainement faire des réserves.

En premier lieu, il reste toujours un écueil : c'est l'ulcère peptique, complication toujours possible d'une G. E. Si nous n'en n'avons pas parlé au début de ce travail en montrant les inconvénients de la G. E. c'est que sa pathogénie n'est pas encore très nettement élucidée. Il serait sans doute prématuré d'affirmer qu'il est l'apanage de la G. E. seule, et que dans la gastrectomie, nous ne le rencontrerons plus. Cependant, l'ablation de la région pylorique nous a toujours paru entraîner une forte diminution de l'acidi-

té gastrique, et, par conséquent, créer un milieu peu favorable à la production des ulcères peptiques (1).

D'après les communications de Marquis (de Rennes), à la *Société de Chirurgie de Paris*, et de Delore, à la *Société de Chirurgie de Lyon*, il faudrait faire intervenir fréquemment dans la production des ulcères secondaires une faute de technique. Il convient de proscrire l'anastomose en Y qui empêche l'alcalinité de la bile ou du liquide pancréatique de venir neutraliser l'acidité stomacale. Pas de bouton de Murphy ni de Jaboulay qui traumatisent la muqueuse.

Enfin l'emploi des fils non résorbables, tels que la soie, serait aussi à éviter; c'est également l'avis de Delbet, de Quénu, de Tuffier. Ce dernier déclare cependant, n'avoir jamais vu se produire, parmi ses malades, d'ulcères peptiques. Marquis, en 1913, en avait relevé seulement 125 cas signalés dans la littérature médicale. La proportion est donc faible, en comparaison des interventions pratiquées.

Il existe une autre réserve à faire sur l'emploi de la gastrectomie large : c'est, dans certains cas, la difficulté de son application, en raison des adhérences de péri-gastrite. C'est là où se manifeste particulièrement l'importance de la pratique personnelle du chirurgien, et où il n'est possible d'indiquer aucune méthode. Pour éviter ces difficultés de technique, le chirurgien devra faire, de la lésion, un diagnostic précoce, ce qui, pour lui, facilitera singulièrement la tâche, pour le sujet diminuera les risques opératoires, et rendra les résultats éloignés de l'intervention aussi parfaits que possible.

(1) Voir les remarques qui suivent l'observation XXXI.

CHAPITRE III

Indications opératoires

Diagnostic précoce, et naturellement diagnostic précis, voilà ce qu'il faut obtenir actuellement par les diverses méthodes d'investigation que nous avons à notre disposition.

Diagnostic précoce, afin de pouvoir opérer un malade encore assez robuste, capable de supporter l'opération presque sans risques ; afin, aussi, de pouvoir rendre rapidement à la vie normale et à son travail, un impotent et un incapable.

Combien de malades ont traîné, jadis, une vie lamentable, étiquetés sous le nom d'hyperchlorhydriques, maladie de Reichmann, ou gastrites diverses, améliorés quelques semaines, quelques mois au plus, par un traitement médical, et chez qui l'ulcus a été diagnostiqué seulement à la suite d'une hémorragie souvent foudroyante, ou d'une perforation presque toujours mortelle !

Diagnostic précis, car il importe, malgré le peu de danger actuel d'une laparotomie exploratrice, de ne pas en faire courir les risques inutiles à un malade.

Avant tout autre moyen d'investigation, c'est à l'*histoire clinique* qu'il convient de demander de précieuses indications et, si non la certitude absolue, du moins une orientation vers le diagnostic exact.

Nous n'insisterons pas sur les cas où l'hémorragie abondante, et la péritonite par perforation, ne permettent plus de doute. C'est à la période dyspeptique, alors que le malade n'a pas encore de troubles fonctionnels accentués, que la précocité du diagnostic est intéressante.

D'abord, l'histoire de la maladie, dont le sujet fait en général remonter le début à une date assez éloignée, avec des alternatives d'amélioration et de crises douloureuses, est intéressante à connaître, et permet, généralement, d'aiguiller le diagnostic vers l'ulcus. Le malade souffre depuis de nombreuses années, quelquefois « depuis toujours ». Le régime, le traitement médical améliorent son état. Mais bientôt, la belladone, le bi-carbonate de soude lui-même n'ont plus d'action. Il n'ose plus manger, de crainte de souffrir; il maigri, et il vient enfin trouver le chirurgien.

Comme nous l'avons dit au début, ces symptômes varient fort peu, que l'ulcus soit duodénal ou stomacal, juxta-pylorique. Dans l'un et l'autre cas, on trouvera une douleur tardive, périodique, survenant entre 1 h. et 3 h. après les repas (voir les observations). Ces douleurs provoquent, en général, le vomissement, ou bien le malade se force à vomir pour être soulagé.

Les hématémèses sont peu fréquentes dans l'ulcère chronique; le mélaena également. A notre avis, il en est de même dans l'ulcère duodénal, et nous admettons difficilement la distinction faite par Caillé (de Paris), dans sa thèse le doctorat. Le seul signe clinique en faveur de l'ulcus duodénal est la localisation de la douleur un peu à droite de la ligne médiane. Nous avons encore bien rarement trouvé ce signe très net, tous les malades localisant indistinctement leur douleur au creux épigastrique.

C'est grâce aux travaux de Aubourg, Desternes,

Haret, Enriquez, Jaugeas, et d'autres encore, que nous pourrons, par la *radioscopie* mise au service de la chirurgie gastrique, confirmer le diagnostic clinique.

Bécère et Mériel, dans leur rapport au *Congrès de Chirurgie* de 1912, ont admirablement mis en lumière les services que les Rayons X peuvent rendre au chirurgien. Si nous pouvons déjà en juger par notre modeste expérience personnelle, nous ne saurions trop insister sur l'utilité de la collaboration étroite du chirurgien et du radiographe.

Le chirurgien, doit, autant que possible, assister aux examens radioscopiques, et, de son côté, le radiographe doit être tenu au courant du résultat opératoire. Grâce à cette méthode seulement, la radioscopie donnera, de plus en plus, les indications précieuses et exactes, que nous sommes en droit de lui demander; nous signalerons encore tout l'intérêt qu'il y aurait à examiner les malades non pas seulement debout et couchés, mais, comme le disait le Docteur Abadie dans son dernier rapport à l'*Académie de Médecine*, dans les positions intermédiaires. C'est une affaire de construction de table. Il en existe déjà, croyons-nous, plusieurs modèles en Amérique et il serait à souhaiter d'en voir également en France (1).

Que peut-on demander à la radioscopie ? Quelles indications peut-on en tirer ? D'abord, l'ingestion du lait bismuthé ou baryté nous renseignera sur la forme de l'estomac, sa rapidité d'évacuation par le pylore, et, par le fait même, sur le siège de l'ulcus.

L'estomac biloculaire, à biloculation permanente, sera le signe d'un ulcus médiogastrique. La bilocula-

(1) Un modèle nouveau est en construction chez Malaquin suivant les indications fournies par le Dr Abadie pour permettre l'examen en toutes positions.

tion spasmodique, c'est-à-dire cédant après un certain temps, au massage de l'estomac et à l'effleurage de la paroi abdominale, sera l'indice à peu près certain, d'un ulcus de la petite courbure : ce sera l'*ulcère en selle de* MAYO. A ce sujet, nous signalerons ce fait que nous avons remarqué à plusieurs reprises : en cas d'ulcus de la petite courbure, alors même qu'il n'y a encore ni biloculation ni spasme, de fortes brides cicatricielles, n'ayant pas encore eu le temps de se former, il existe fréquemment, sur la grande courbure de l'estomac, en face de l'ulcère, des irrégularités permanentes, durables, que l'on ne peut confondre avec le déplissement de la muqueuse stomacale.

Nous avons trouvé plusieurs fois, également une image diverticulaire ou « *niche de* HAUDEK », dans le cas d'ulcus de la petite courbure, s'enfonçant dans les organes voisins.

L'ulcère juxta-pylorique sera caractérisé par un spasme du pylore avec retard à l'évacuation de l'estomac. Les divers auteurs s'accordent à donner à ces deux signes une grosse valeur diagnostique : un résidu de bismuth visible 6 heures après le repas, est un élément de la plus haute importance. HAUDECK déclare que tout ulcère de l'estomac, même éloigné du pylore, en provoque la fermeture spasmodique, et l'absence de résidu bismuthé, après six heures, suffit à lui faire rejeter le diagnostic d'ulcus, au moins en activité.

Un ulcère calleux, siégeant au pylore, en provoquera la sténose et l'image radiographique nous montrera alors un estomac dilaté avec abaissement et élargissement transversal du bas-fond. Le bismuth s'y étale en « croissant », en « demi-lune », et l'évacuation est anormalement retardée : 12 heures, 24 heures et plus encore. C'est là, seulement, un signe de sténose : l'origine peut en être ulcéreuse ou cancéreuse. Le dia-

gnostic différentiel est d'autant plus difficile à établir dans ce cas, que la dilatation atonique de l'estomac ne permet même pas au bismuth de remonter jusqu'au pylore, et ce dernier demeure invisible. Il sera donc nécessaire d'examiner le malade en décubitus latéral droit, ou de lui faire faire la manœuvre de Chilaiditi, qui, remontant le bas-fond stomacal, amènera le bismuth au contact du pylore. Il est d'ailleurs très rare que la sténose cancéreuse soit aussi serrée que celle par ulcus.

De nombreux auteurs se sont attachés à différencier, par la radiologie, l'ulcus duodénal et l'ulcus stomacal. Nous avons déjà dit plus haut ce que nous pensions de cette distinction. Nous citerons cependant les opinions diverses que nous avons pu recueillir à ce sujet :

Glaessner et Kreuzfuchs disent avoir découvert un excellent moyen de diagnostic : dans l'ulcère de l'estomac, il y aurait fermeture immédiate du pylore après ingestion du lait bismuthé ; c'est le spasme précoce. S'agit-il d'un ulcère du duodénum ? le spasme est tardif et commence au moins une heure plus tard. Ils avouent avoir trouvé quelquefois la proposition inverse, et expliquent ce fait par la présence ou l'absence de lésions concommittentes du pancréas dans l'un ou l'autre cas. La précision du procédé est donc toute relative.

Carman, se basant sur les résultats de la clinique Mayo, à Rochester, donne comme principaux symptômes radiologiques de l'ulcus duodénal :

1° Hyperpéristaltisme gastrique.

2° Résidu stomacal 6 heures après repas bismuthé.

3° Diverticule d'un ulcère en cas de perforation.

Les signes secondaires seraient pour lui :

1° Hypermotilité gastrique avec ouverture précoce du pylore.

2° Irrégularité dans les limites du bulbe.

3° Ralentissement dans la traversée du duodénum;

4° Douleurs à la pression et spasme de l'estomac. Il insiste spécialement sur l'hyperpéristaltisme gastrique qui, avec le résidu bismuthé, serait un signe certain d'ulcus duodénal.

Hartert (de Tubingen), estime, nous semble-t-il, la radiographie à sa juste valeur: quand il existe une modification anatomique accentuée, elle ne trompe jamais. Mais on risque de tomber dans l'erreur, si l'on veut obtenir un diagnostic ferme par l'appréciation de nuances.

Pour nous, nous estimons qu'il faut être très prudent dans le diagnostic radiologique des affections gastriques, et nous avons vu par nous-même, entre autres difficultés, celles qui existent à différencier une douleur d'origine vésiculaire, cholécystique ou duodénale. La radiographie, certes, est utile, nécessaire même, mais doit être complétée par d'autres investigations.

Chez tous les malades dont nous avons présenté ici les observations, l'analyse chimique du suc gastrique a été pratiqué, ainsi qu'une épreuve supplémentaire, l'épreuve de Meunier. Nous avons toujours obtenu des résultats sans doute intéressants, mais nettement insuffisants, par eux-mêmes, à établir un diagnostic précis. Tous nos malades ont été tubés à jeun, puis après « repas d'épreuve d'Ewald ». Nous nous sommes attachés surtout à doser l'acidité totale et l'acide chlorhydrique libre et à rechercher les acides butyrique et lactique. Les résultats ont, en général, été en concordance avec la clinique et avec les constatations opératoires. Cependant, nous avons eu

des résultats anormaux, par exemple un malade ayant un ulcus type avec hypo-acidité (voir observation n° IX). Dans d'autres cas, l'acidité paraissait normale et l'opération a cependant montré une lésion ulcéreuse (voir observation n° XIX). Nous estimons qu'il y a, dans cet examen, de sérieuses causes d'erreur et qu'il ne faut lui accorder qu'une valeur très relative. En effet, avec une sténose du pylore par ulcus, un liquide résiduel — quelquefois considérable — à jeun, donnera une analyse identique à un liquide avec sténose par cancer, c'est-à-dire une hypo-acidité.

Enfin, le chiffre d'acidité totale donné par Hayem, et qui est, pour lui, de 1.89 pour 1.000, nous paraît un peu faible. Les examens de liquide gastrique que nous avons pratiqués sur l'homme sain, nous ont toujours donné un chiffre légèrement supérieur à 2 pour 1.000.

Quant à l'*épreuve de* Meunier, elle suit la plupart du temps la variation de l'acidité totale. On sait que cette épreuve consiste à faire absorber au sujet une perle d'éther, enveloppée dans un fragment de caoutchouc, hermétiquement fermé par une ligature au catgut; quand celui-ci est digéré par le suc gastrique (et la rapidité de la digestion dépend de l'acidité stomacale), le caoutchouc s'ouvre, libère la perle et une forte odeur d'éther monte à la gorge du malade.

Les résultats de nos expériences nous ont montré qu'en employant toujours le même catgut, la digestion était de deux heures environ chez un homme normal. Chez nos malades, les résultats ont varié entre 15 minutes et 6 heures.

Quant au procédé de la ficelle déglutie, employé pour connaître le siège de l'ulcus, nous pensons, avec Bassler (de New-York), que ce procédé est bien im-

parfait et encore plus sujet aux causes d'erreurs que tout autre.

En résumé, malgré tous les moyens nouveaux mis à notre disposition, c'est encore à la clinique qu'il faut accorder, pensons-nous, le plus de confiance.

La radioscopie, très utile dans les ulcus assez haut situés (petite courbure, ou médio-gastrique), voit son utilité très amoindrie dans les ulcères de la région pylorique.

L'analyse du suc gastrique, comme le fait très bien remarquer Bassler, est sujette à des erreurs, indépendantes de l'opérateur, et n'a pas grande importance : elle donne souvent des résultats contradictoires.

Chacun de ces moyens est donc insuffisant par lui-même. La concordance de la clinique, de la radioscopie, et du chimisme gastrique, pourra, sans doute, faire affirmer le diagnostic. Le chirurgien opèrera sans hésitation. Mais, à notre avis, il ne doit pas toujours attendre cette certitude quasi-absolue et, revenant sur ce que nous avons écrit au début de cette étude, nous prétendons, que la perfection du traitement chirurgical et la bénignité relative de l'intervention, telle qu'elle se pratique actuellement, doit étendre les indications opératoires aux cas douteux, alors que toutes les recherches cliniques, radiographiques et autres, n'auront pu servir au chirurgien à se former une opinion exacte et certaine.

C'est ainsi, à notre avis, que se pose actuellement la question du traitement chirurgical de l'ulcère gastrique :

Opération précoce, opération complète et définitive; d'où, pour le malade, guérison rapide, certaine, et durable.

OBSERVATION I

(P. Vincent, d'Alger)

Ulcère du duodénum avec hématémèses répétées. Gastro-entérostomie avec exclusion du pylore. — Guerison

(Voir page 17)

OBSERVATION II

(Dr Abadie d'Oran)

Sténose pylorique par ulcus avec état général déplorable. — Pylorectomie en deux temps. — Guérison.

R..., 45 ans, territorial, de Paris, entre en février 1918 à l'Hôpital de la Pitié (Dr Enriquez), revenant de captivité en Allemagne. Intolérance gastrique; amélioration par l'atropine. En juin, hématémèse abondante avec vomissements de stase et obstruction intestinale; amaigrissement extrême; faiblesse considérable; de plus emphysème pulmonaire et bronchite chronique. Nous est confié par le Dr Enriquez à l'Hôp. Aux. 25, le 20 juin 1918.

Poids: 45 kilog. Sang.: G. R. = 3.120.000. G. B. = 4.800.

Selles et suc gastrique : réaction de Weber +. Examen chimique des sucs gastriques : Tubage à jeun, 40cc. A = 1.38. H = 0.64. Repas d'Ewald, 425 cc. A = 1.75. H = 0.94. Urines : pas d'acide diacétique.

Radioscopie. — Grand estomac dilaté, mais avec contractions énergiques, inefficaces. *Niche de Haudeck* persistante.

24 juin 1918. — Opération sans aide et sous analgésie pariétale et rachianalgésie combinées, *gastro-entérostomie postérieure transmésocolique* à 10 cm. du pylore, à la pince couplée d'Abadie. — On constate une cicatrice étoilée, à cheval sur la petite courbure, juste en face de la veine pylorique et s'étendant surtout en arrière; à travers la paroi antérieure déprimée on sent au doigt la cupule ulcéreuse. Suites parfaites.

Octobre 1918. — Poids : 57 kgs. Sang : G. R. = 4.340.000. G. B. = 5.300. Repas d'Ewald : 431 cc. A. = 2,40. H, 1,67 (1).

17 octobre 1918. *Opération.* Aide: Mme le Dr Abadie. — Analgésie comme plus haut. *Pylorectomie* suivant la technique de Mayo, après désinsertion de l'épiploon à la Témoin. Suites idéales.

La pièce montre une sténose pylorique très serrée; il n'existe plus d'ulcère, mais une muqueuse mince recouvre la cicatrice dont la production s'est faite à la faveur de la mise au repos par la gastro-entérostomie.

Novembre. — Même poids. Sang : G. R. = 4.785.000. G. B. = 6,500. Repas d'Ewald: 303 cc. A. = 1.27. H. 0,54.

---

(1) *Remarque.* — Au moment où il existait de la stase, pas d'hyperchlorhydrie. Par contre, l'hyperacidité notable apparaît après la gastroentérostomie : l'estomac est au repos, le trophisme d'hypersécrétion acide a la liberté de reapparaître. Après pylorectomie, le chimisme redevient normal.

OBSERVATION III

(Dr Abadie)

Syndrome pylorique par hypertrophie simple du pylore. — Pylorectomie. — Guérison.

J..., 31 ans, mobilisé comme ouvrier d'usine, nous est confié par le Dr Enriquez avec le diagnostic: « Malade atteint d'un ulcère sténosant pylorique. Syndrôme tardif pylorique depuis 5 ans environ, ayant résisté à tous les traitements. La stase bismuthée est d'origine organique : une cure à l'atropine, tout en amenant la sédation des phénomènes douloureux et de la constipation, ne lève pas le rétrécissement pylorique. Intervention nécessaire. »

Poids: 57 kgs. Sang : G. R. = 4.380.000. G. R. = 5.250. Urines : pas d'acide diacétique. — Réaction de Weber : + dans le lavage de l'estomac, — dans les selles. — Chimisme gastrique : Tubage à jeun : 30 cc. A. = 0,29. H. = 0. — Repas d'Ewald :193 cc. A. = 1.99. H. = 1.02.

Radioscopie (Dr Enriquez). — Avant atropine : stase bismuthée gastrique; liquide à jeun. Estomac ptosé, dilaté, mais très tonique sans hyperkinésie. Douleur vive pylorique et juxtapylorique. Après cure d'atropine : faible stase bismuthée sans liquide à jeun, estomac hypertonique, moins ptosé qu'à l'examen antérieur; même douleurs.

22 août 1918. *Opération.* — Aide: Mme le Dr Abadie. — Analgésie pariétale et rachidienne. *Pylorectomie* à la Mayo; *gastro-entérostomie* postérieure transmésocolique à la pince coupée d'Abadie. *On avait constaté simplement que le pylore était plus épais et dur que normalement;* mais pas de sténose, pas d'adhérences; pas de cicatrices.

La pièce est confirmative.

Suites parfaites. — *Guérison* maintenue.

OBSERVATION IV

(Dr Abadie)

Sténose médio-gastrique et sténose pylorique par ulcus anciens cicatrisés. — Gastrectomie subtotale, gastroentérostomie. — Guérison

Miss C..., 37 ans. Syndrome gastrique ancien, caractérisé par douleurs et vomissements, parfois précoces, parfois tardifs, soit bilieux, soit alimentaires, sans hématémèse, ni mélœna. Evolution caractérisée par l'existence de crises séparées par de longs intervalles de guérison apparente, sous l'influence d'un régime ou d'un traitement médical; les crises deviennent plus violentes et durables.

Radioscopie. — Deux fois, à une semaine d'intervalle et dans des conditions cliniques différentes : la première fois, en pleine crise douloureuse; la seconde fois, sans phénomènes douloureux, en période d'euphorie. — 1er examen : stase complète; rien n'a passé et rien ne passe; fortes contractions inefficaces et revenant sur elles-mêmes en ondes antipéristaltiques; hypersécrétion; cette stase est due à un obstacle de siège anormalement reporté à gauche et en haut, trop pour être de siège pylorique. Sa nature (organique ou par contracture réflexe), ne saurait être précisée à un seul examen. — 2e examen : pendant quelques instants, même impression que lors du premier examen; mais soudain, un premier bol passe et descend dans une seconde cavité sus-pubienne, et dès lors on assiste à une série d'évacuations à travers un défilé étroit, inextensible.

En somme : estomac biloculaire, par ulcus ancien de la petite courbure à sa partie moyenne. Notre décision opératoire est confirmée par le Dr Jean-Charles Roux.

29 août 1918. *Opération.* Aide : Mme le Dr Abadie. — Analgésie régionale et rachianalgésie; à la fin anesthésie

générale au Kélène. — Exploration : pylore réduit à un très étroit canal suivi aussitôt d'une dilatation duodénale; à l'union des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur de l'estomac, autre rétrécissement serré. Décollement colo-épiploïque et libération de la face postérieure étroitement accolée par des adhérences; désinsertion des épiploons à la compresse. Ecrasement du duodénum et enfouissement à la Mayo. Ecrasement de l'estomac au ras de la sténose supérieure; enfouissement. Bref, *gastrectomie* très étendue ne laissant qu'une petite poche supérieure sur laquelle, après traction, nous pouvons placer très péniblement, mais très régulièrement notre pince-couplée et réaliser une *gastro-entérostomie transmeso-colique postérieure* de 5 cm. à deux plans.

Suites mouvementées: T. entre 38° et 39° pendant 8 jours; puis on évacue un volumineux hématome sous-pariétal en désunissant la suture; injections intra-veineuses de sérum glucosé répétées. On constate la désunion des deux tranches duodénale et gastrique; les fils de lin sont enlevés; la gastro-entérostomie tient très bien. Peu à peu, fermeture secondaire des ouvertures duodénale et gastrique, puis de la paroi. Guérison.

La guérison se maintient parfaite (nov. 1919).

OBSERVATION V

(Dr Abadie)

Sténose pylorique par ulcus prépylorique avec 2e ulcus de l'antre en évolution. Gastrectomie étendue et gastro-entérostomie postérieure.

M..., 40 ans, cultivateur, souffre depuis deux ans de l'estomac, par crises espacées : douleurs tardives, vomissements tardifs, liquides, alimentaires, puis de stase. Amaigrissement très notable, de 10 kgs. Il nous est confié par le Dr Enriquez (de la Pitié).

Radioscopie : très forte stase bismuthée gastrique; liquide de stase; sténose serrée du pylore (Dr Enriquez).

Sang: G. R. = 3.600.000. G. B. = 5.500. Réaction de Weber négative. Chimisme gastrique : Tubage à jeun: 130 cc. A. = 2.33. H. = 0,87. Repas d'Ewald : 195 cc. A. = 1.13. H. = 0.

26 décembre 1918. *Opération.* — Analgésie pariétale et rachianalgésie; à la fin, Kélène. Exploration : pylore étroitement fixé avec cicatrice antérieure; face postérieure totalement bloquée par des adhérences; il faut remonter très haut pour trouver une zône libre; écrasement; section; libération de gauche à droite et achèvement de la *gastrectomie étendue.* Enfouissement à la Mayo. *Gastroentérostomie transmésocolique postérieure.*

La *pièce* montre au-dessus et à gauche du pylore intact, un ulcus dont le fond a été laissé adhérent au pancréas; et au-dessous et à gauche du pylore un second ulcère qui a été décollé, fond compris, du duodénum. (Aquarelle.)

OBSERVATION VI

(Dr Abadie)

Sténose pylorique post ulcus avec grand estomac; gastrectomie partielle et gastro-entérostomie postérieure. — Décès.

L..., 38 ans, pompier, nous est confié par le Dr Enriquez. Long passé de troubles dyspeptiques avec crises hyperstheniques et vomissements fréquents.

Radioscopie. — Grand estomac avec stase complète; fonds presque au pubis; aucune ébauche de contraction. Sténose pylorique certaine.

Chimisme gastrique. — Tubage à jeun: 900 cc. A. = 1,64. H. = 1.27. Repas d'Ewald : 401 cc. A. = 0.58. H. = 0. Réaction de Weber + Sang: G. R. = 4.125.000. G. B. = 5.000.

16 janvier 1919. *Opération.* Aide : Mme le Dr Abadie. Analgésie pariétale et rachianalgésie; Kélène à la fin. — Exploration : pylore occupé par tumeur de petit volume, très dure, à arrêt brusque vers le duodénum, prolongée par œdème vers l'estomac dont toute la face postérieure est épaissie; cette tumeur blanche, nacrée, dure, est immobile et fixée à la tête du pancréas. *Pylorectomie large* : la libération de la tumeur en arrière amène à empiéter un peu sur le pancréas qui est intéressé et saignera plus tard, rendant difficile l'hémostase. Ecrasement et enfouissement des tranches de section à la Mayo.

La *pièce* montre sur le versant stomacal du pylore un ulcus qui fait tout le tour de la lumière sauf un cent. du bord supérieur. Coupes histologiques confirment ulcus simple sans transformation néoplasique.

Suites: d'abord parfaites, puis mort rapide au 3e jour, après sensation de « craquement dans le ventre » (hémorragie interne du pancréas).

OBSERVATION VII

(Dr Abadie)

Ulcus très étendu de la petite courbure; gastrectomie très étendue; gastro-entérostomie termino-latérale. Guérison.

C..., 36 ans, est envoyé dans notre service du Val-de-Grâce, par le Dr Caussade. Depuis un séjour de 46 mois en captivité en Allemagne, il présente des crises douloureuses de plus en plus rapprochées et violentes avec vomissements tardifs et établissement progressif du syndrôme de sténose pylorique. Hématémèse abondante il y a un mois.

Sang: G. R. = 2.885.000. G. B. = 4.000. Réaction de Weber non positive pour le lavage de l'estomac. — Chimisme gastrique : tubage à jeun : 250 cc. A. = 2,11. H. = 1,05. Repas d'Ewald: 329 cc. A. = 1,67. H. = 102.

Radioscopie (DDrs Aimé et Beclère). — Estomac dont le bas-fond descend au niveau des crêtes iliaques et qui présente une biloculation apparente; mobilité spontanée nulle; provoquée, diminuée. *Image diverticulaire de la petite courbure* avec niveau de liquide, mais sans image aérique; péristaltisme nul; pas de passages. 5 heures après: aucun fragment du repas n'a franchi le pylore; l'image diverticulaire n'est plus visible. — 24 heures après, l'estomac n'a pour ainsi dire rien évacué, bien que le malade ait vomi. — Conclusion: sténose pylorique presque complète consécutive à un ulcère ancien de la petite courbure.

31 janvier 1919. *Opération.* Aide : Mme le Dr Abadie. — Analgésie pariétale et rachianlgésie. Exploration : lobe gauche du foie très largement adhérent à la face ant. de l'estomac intimement adhérente au pancréas, par vaste ulcus en selle de la petite courbure dont il faudra laisser le

fond en place pour faire la gastrectomie. On décolle au plus près, en se tenant toujours dans l'épaisseur de la coque fibreuse; on détache peu à peu l'estomac en ouvrant délibérément à la limite de l'ulcus qui va depuis le pylore jusqu'à l'inflexion verticale de la petite courbure. Ecrasement et section de l'extrémité duodénale. Section sans écraseur de la partie haute de l'estomac : en somme. *gastrectomie sub-totale.* On termine par une *gastro-entérostomie postérieure, transmésocoloque termino-latérale.*

Opération très dure et délicate, ayant duré 2 heures et demie.

Pièce conservée; coupes microscopiques. (Aquarelle).

Suites normales. — Guérison.

OBSERVATION VIII

(Dr Abadie)

Stase persistante après gastro-entérostomie ancienne trop éloignée du pylore; pylorectomie complémentaire. — Guérison.

L..., 45 ans, d'Oran. Depuis 14 ans, crises douloureuses de plus en plus rapprochées; il y a 3 ans, hématémèses. Il y a 2 ans, pendant la guerre, opération par un chirurgien mobilisé à Oran : gastro-entérostomie. Depuis lors, obligé de se coucher après les repas, sinon, vomissements.

En avril 1919, vomissements alimentaires; douleurs presque constantes. Poids: 47 kgs.

Radioscopie : Stase à jeun; après ingestion de bismuth, on constate que *la bouche de gastro-entérostomie fonctionne mal étant trop éloignée du pylore, ce qui laisse persister de la stase dans l'antre dilaté.* Pylore perméable. Contractions énergiques. Stase iléale.

18 avril 1919. *Opération.* — Anesthésie à l'éther (faute de produits pour l'analgésie). — *Pylorectomie* large rendue un peu difficile à cause de la présence de nombreuses adhérences, surtout postérieures.

Suites normales; guérison. En juin, poids: 51 kgs.

OBSERVATION IX

(Dr Abadie)

Vaste ulcère ancien et adhérent de la petite courbure. Gastrectomie sub-totale et anastomose termino-latérale. — Guérison

M..., 52 ans, d'Oran. Depuis 6 ans, crises douloureuses, à l'épigastre surtout après la prise d'aliments, sans vomissements ni hématémèses. Melœna abondant en avril dernier.

Sujet en très mauvais état général; bronchite chronique; insuffisance mitrale. Chimisme gastrique: tubage à jeun: 250 cc. A. = 2,48. H. = 0,65. Repas d'Ewald : 100 cc. A. = 0,10. H. = 0.

Radioscopie. — Stase totale. Estomac ayant gardé une certaine tonicité; augmenté surtout en largeur sans descendre plus bas que la ligne bisiliaque. Pas d'irrégularité de contours. Pas d'images diverticulaires.

14 mai 1919. *Opération.* Aide: Dr Saint-Jean. — Analgésie pariétale et rachianalgésie. Exploration : ulcus étendu à la plus grande partie de la petite courbure, très adhérent au foie, et dont il faudra laisser en place tout le fond; on sera amené à une résection très étendue de l'estomac. *Gastrectomie* très large par écrasement primitif et section du duodénum, bascule de droite à gauche et libération progressive des bords de l'ulcus; section haute sans écrasement: il ne reste de l'estomac qu'une sorte d'entonnoir. *Gastro-entérostomie termino-latérale;* transmésocolique sans pince-couplée, après rétrécissement partiel de la section stomacale.

Pièce conservée. (Aquarelle.)

Suites parfaites. T. n'a jamais dépassé 37°5. — Guérison. A la suite, engraissement rapide.

OBSERVATION X

(Dr Abadie)

Ulcère sténosant du duodénum. Pylorectomie avec gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

Al..., 56 ans, d'Oran. Passé gastrique depuis 12 ans; crises à longs intervalles. Depuis un mois, douleurs devenues rapidement très intenses, plus fortes à jeun; vomissements quotidiens, alimentaires; hématémèses et melœnas probables, mais non certains. Amaigrissement très marqué; teint cachectique

Chimisme gastrique: Tubage à jeun : 300 cc. A. = 3,10. H. = 2,77. Ac. butyrique : traces. Repas d'Ewald : 400 cc. A. 2,44. H. = 1,56. Epreuve de Meunier : 15 minutes.

Radioscopie. — Stase complète Estomac dilaté, hypotonique, au pubis, asthénique, sans déformation des contours; quelques rares contractions lentes et inefficaces.

8 mai 1919. *Opération.* Aide: Dr Saint-Jean. — Analgésie pariétale et rachianalgésie. Juste au dehors du pylore et empiétant sur lui étoile cicatricielle antérieure qui se prolonge en arrière par un épaississement qui bloque la tête du pancréas et au centre de laquelle le doigt perçoit, en déprimant la face antérieure, une cupule ulcéreuse. — *Pylorectomie* s'arrêtant en dehors et au ras de l'ulcère duodénal; écrasement et enfouissement à la Mayo des deux sections. — *Gastro-entérostomie,* transmésocolique postérieure à la pince-couplée d'Abadie.

Suites: parfaites. — Guérison.

OBSERVATION XI

(Dr Abadie)

Sténose par cicatrice d'ulcus duodénal; pylorectomie; gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

G..., 39 ans, de l'Hillil. Souffre de l'estomac depuis cinq ans: crises de plus en plus rapprochées, douleurs tardives, surtout à jeun, avec vomissements très aigres.

Poids : 53 kgs. — Chimisme gastrique: Tubage à jeun : néant. Repas d'Ewald: 110 cc. A. = 1.78. H. = 0,65. Epreuve de Meunier : 20 min.

Radioscopie. — Stase presque complète; grand estomac dilaté, au pubis; quelques contractions rares et inefficaces région pylorique terminée en pointe effilée.

19 mai 1919. *Opération.* Aide: Dr Saint-Jean. Analgésie pariétale et rachianalgésie. Exploration : sur le bulbe duodénal, cicatrice blanche scléreuse et dure; en arrière, paroi duodénale épaissie et adhérente à une petite masse dure pancréatique. — *Pylorectomie* par écrasement et section au niveau de l'estomac à 6 cm. du pylore puis bascule de gauche à droite et section sans écrasement au niveau de l'ulcus lui-même; enfouissement, soigné et renforcé par de l'épiploon, de la tranche duodénale.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure à la pince-couplée.

Suites parfaites. — Guérison.

OBSERVATION XII

(Dr Abadie)

Ulcus en évolution du versant duodénal du pylore; Pylorectomie et gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

M..., 26 ans de Guiard. Début, il y a huit ans, par crises douloureuses très violentes avec hématémèses; puis périodes de silence complet. Il y a huit jours, hématémèses et melœna.

Chimisme gastrique : Tubage à jeun : 10 cc. A. = 0,29. H. = 0. Repas d'Ewald : 65 cc. A. = 1,82. H. = 0,40. Epreuve de Meunier : 20 min.

Radioscopie : estomac hypotonique, en parapluie; d'abord silencieux, puis hypersthénique; contractions énergiques, certaines inefficaces et revenant sur elles-mêmes; certaines efficaces avec bulbe duodénal bien dessiné.

22 mai 1919. *Opération.* Aide: Dr Saint-Jean. — Analgésie pariétale et rachianalgésie. Exploration : cicatrice nacrée, comme un franc, à cheval sur les vaisseaux pyloriques et un peu en dehors; un peu de rétraction à ce niveau. — *Pylorectomie* assez aisée par écrasement, section et enfouissement à la Mayo. *Gastro-entérostomie postérieure* transmésocolique à la pince-couplée d'Abadie.

Pièce: juste en dehors du relief pylorique, ulcère duodénal le long du bord supérieur, entouré d'un talus épais de tissu fibreux qui détermine un rétrécissement net du duodénum et du pylore (Aquarelle).

Suites: parfaites. — Guérison.

OBSERVATION XIII

(Dr Abadie)

Ulcère de la petite courbure à loge postérieure profonde; Gastrectomie étendue avec gastro-entérostomie transmésocolique sur la grande courbure. — Guérison.

M..., 34 ans d'Oran. Souffre de l'estomac depuis un an: douleurs une heure après les repas; vomissements incessants alimentaires et bilieux. Pas d'hématémèses. Très amaigri.

Chimisme gastrique. — Tubage à jeun 230 cc. A. = 2,84. H. = 1,82. Repas d'Ewald: 225 gr. A. = 3,13. H. = 1,75.

Radioscopie. — Stase très marquée. Après ingestion, estomac volumineux, avec contractions énergiques et efficaces. Au niveau de la petite courbure, *niche de Hawdeck* se continuant avec l'ombre de l'estomac au moment des contractions, s'isolant en dehors des contractions. Sur le bord opposé, encoche permanente, mais de profondeur variable (contracture).

11 juin 1919. *Opération.* Aide : M. David. — Analgésie pariétale. Rachianalgésie. Exploration : adhérence serrée entre petite courbure et foie, surtout en arrière; la dissection de l'ulcus pour ablation totale sera impossible; en outre rétraction du méso diminuant notablement l'aire de l'anse vasculaire à traverser pour la gastro-entérostomie. *Gastrectomie* par écrasement et section primitive du duodénum, rabattement de droite à gauche en sectionnant autour de l'ulcus, écrasement et section de l'estomac. Enfouissement à la Mayo. *Gastro-entérostomie* transmésocolique exactement placée *sur la grande courbure* après désinsertion épiploïque à la compresse. Pince couplée.

Suites: parfaites — Guérison.

OBSERVATION XIV

(Dr Abadie)

Ulcère cicatrisé antérieur du duodénum. — Pylorectomie et gastro-entérostomie postérieure. — Guérison

M..., 53 ans, d'Oran. Long passé gastrique remontant à 20 ans. Depuis 6 mois, vomissements fréquents, presque après chaque repas, tardifs. Ni hématémèse ni melœna.

Radioscopie. — Pas de stase; aérocolie gauche accentuée; colon transverse très flexueux. Grand estomac hypotonique, hypersthénique avec contractions énergiques dessinant bien le bulbe duodénal.

23 juin 1919. *Opération.* Aide : M. David. — Analgésie pariétale et rachianalgésie. Exploration : grand estomac avec, à cheval sur le pylore, mais empiétant davantage sur le duodénum une cicatrice étoilée blanche, mais peu épaisse, ne diminuant pas le calibre. *Pylorectomie* à la Mayo. *Gastro-entérostomie* transmésocolique postérieure verticale à la pince-couplée.

Suites: normales — Guérison.

OBSERVATION XV

(Dr Abadie)

Ulcus de la petite courbure en évolution; gastrectomie partielle; gastro-entérostomie. — Guérison.

B..., 47 ans, d'Oran. Passé gastrique remontant à 15 ans; douleurs tardives; calmées parfois par prise d'aliments; vomissements bilieux, souvent provoqués.

Poids : 47 k. 500. — Chimisme gastrique: Tubage à jeun: 20 cc. A. = 0,65. H. = 0,10. Repas d'Ewald: 370 cc. A. = 3.24. H. = 2,19; présence nette d'ac. butyrique et lactique. Epreuve de Meunier : 20 min.

Radioscopie. — Estomac orthotonique, hypersthénique, à évacuations normales, sans déformation des contours.

26 juin 1919. — *Opération.* — Aide: M. David. — Analgésie pariétale, rachianalgésie. Ulcus de la petite courbure, moyennement adhérent, que l'on peut enlever en totalité sans ouvrir la cavité stomacale. Technique habituelle.

Suites : normales. — Guérison.

OBSERVATION XVI

(Dr Abadie)

Ulcère de la petite courbure; gastrectomie large; gastro-entérostomie. — Guérison.

S..., 51 ans, d'Oran. Début il y a plusieurs années, par crises séparées par des périodes de calme de plus en plus courtes; vomissements provoquées; un melœna. Amaigrissement notable.

Chimisme gastrique : Tubage à jeun : 250 cc. A. = 1.31. H. = 005. Epreuve de Meunier : 5 heures.

Radioscopie. — Stase stomacale dans le bulbe duodénal. Grand estomac, hypotonique hypersthénique, avec déformation en encoche du bord interne, mais peu caractéristique; petites évacuations pyloriques.

3 juillet 1919. — *Opération.* — Aide: M. David. — Analgésie pariétale et rachianalgésie. Exploration : pylore coudé par pli sous-pylorique dû à rétraction vers un ulcus de la petite courbure entouré d'une zone œdémateuse étendue, épaisie collant l'estomac au foie et formant, en arrière, bloc avec la tête du pancréas. Libération du duodénum à 2 cm. en dehors du pylore; écrasement. *Gastrectomie étendue* aux 3/4 de l'estomac en rabattant de droite à gauche et libérant le pourtour de l'ulcus dont le fond reste en place; section de l'estomac au delà sans écrasement. On rétrécit partiellement cette section et pratique une *gastro-entérostomie termino-latérale* tranmésocolique.

Pièce: L'ulcus, des dimensions d'une pièce de 2 francs, est situé au-dessous de la petite courbure sur la face postérieure; on voit nettement le mécanisme de l'oblitération pylorique par traction sous-pylorique (Aquarelle).

Suites: normales. — Guérison.

OBSERVATION XVII

(Dr Abadie)

Ulcères superficiels de la face antérieure de l'estomac. — Pylorectomie large; Gastro-entérostomie. — Guérison.

Mme L..., 44 ans d'Oran. Présente depuis 5 ans, des périodes de douleurs calmées par des alcalins; pas de vomissements. Il y a quinze jours, plusieurs hématémèses. Tout traitement médical demeure inefficace. — Poids: 47 kgs.

Chimisme gastrique : Tubage à jeun, le 18 mai : 145 cc. A. = 1,31. H. = 0,29; le 6 juillet : 120 cc. A. = 3,87. H. = 0,43. Repas d'Ewald, le 6 juillet : 200 cc. A. = 2,04. H. = 1,16.

Radioscopie. — Grand estomac ptosé, étalé, hypotonique, orthosthénique avec évacuations pyloriques normales. En position couchée apparaît une biloculation à l'union de 2/3 inf. et du tiers sup. qui est de siège fixe pendant tout l'examen, mais paraît due à une simple contracture, car elle n'existait pas en position couchée. (L'intervention montre que cette contracture se produisait bien au-dessous du siège même de l'ulcus. cf. obs.).

10 juillet 1919. — *Opération.* — Aide : M. David. — Analgésie pariétale et rachianalgésie. Exploration : estomac partout libre et grand. A la palpation, à la face antérieure de l'estomac à 12 cm. du pylore on sent une cicatrice de la dimension de un franc à centre un peu déprimé. *Gastrectomie* à la Mayo remontant au-dessus de l'ulcère. *Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure* à la pince-couplée.

Pièce: la face interne de la paroi antérieure montre deux ulcus très voisin, comme 1 fr. et 0,50.

Suites: parfaites. — Guérison.

OBSERVATION XVIII

(Dr Abadie)

Sténose par ulcère duodénal cicatrisé. Pylorectomie; Gastroentérostomie. — Guérison.

Al..., 34, d'Oran. Depuis 16 ans, a des douleurs 2 ou 3 heures après les repas, nettement à droite : met son poing sur la région douloureuse pour s'endormir. Evolution lente, sans rémissions vraiment complète. Depuis 4 ans, vomissements provoqués, glaireux ou alimentaires. Constipation opiniâtre.

Radioscopie (Dr Barailland). — Grand estomac dilaté, atonique, au pubis, avec stase : l'évacuation bismuthée n'est totale qu'après 56 heures.

22 juillet 1919. — *Opération.* — Aide: Mme le Dr Abadie. — Analgésie pariétale; rachianalgésie. Exploration : grand estomac souple; pylore rétréci au volume d'un petit crayon, mobile en masse avec le pancréas, mais très adhérent à ce dernier. — *Pylorectomie* selon la technique habituelle. *Gastro-entérostomie* postérieure transmésocolique.

Pièce: le rétrécissement était duodénal, à 1 cm. environ du pylore.

Suites: normales. — Guérison.

OBSERVATION XIX

(Dr Abadie)

Ulcère diverticulaire, avec pus, de la petite courbure. Gastrectomie étendue ; gastro-entérostomie. — Guérison.

R..., 36 ans, d'Oran. Début brusque en juin 1919, par douleur après un bain. Douleurs calmées par les aliments, exactement au creux épigastrique. Deux hématémèses brusques au cours du travail. Poids : 42 kgs, 800.

Chimisme gastrique : Tubage à jeun : 40 cc. A. = 0,77. H = 0,43. Repas d'Ewald : 90 cc. A. = 1,89. H. = 0,87.

Radioscopie. — Pas de stase. Estomac orthotonique, hyposthénique, sans évacuations visibles. Tache vue en position debout, au niveau et au-dessus de la petite courbure, prenant l'aspect d'un *prolongement diverticulaire* en position de profil.

31 juillet 1919. — *Opération.* — Aide : M. David. — Analgésie pariétale; rachianalgésie. Exploration : adhérences de la petite courbure à la face inférieure du foie et au pancréas. Ecrasement et section du duodénum; rabattement vers la gauche; on sculpte l'ulcus dans la couche superficielle fibreuse du pancréas et la capsule épaissie du foie; par une petite ouverture vient du pus bien lié, sortant d'un petit diverticule. On libère, et on achève la *gastrectomie* par écrasement et enfouissement à la Mayo. *Gastro-entérostomie* transmésocolique postérieure.

Suites: normales. — Guérison.

OBSERVATION XX

(Dr Abadie)

Sténose pylorique par ulcus sur le versant duodénal du pylore. Pylorectomie; gastroentérostomie. — Guérison.

B..., 33 ans d'Oran. Début il y a 11 ans par douleurs, d'abord par crises, et constantes depuis 4 ans, entraînant des vomissements provoqués. — Poids: 56 kgs.

Chimisme gastrique : Tubage à jeun : 85 cc. A. = 1,60. H. = 1,24. — Repas d'Ewald : 110 cc. A. = 2,33. H. = 1,67. Epreuve de Meunier : 1 heures 35.

Radioscopie (Dr Barailland). — Estomac dilaté, ptosé, présentant des contractions incessantes, onduleuses, peu énergiques avec évacuations pyloriques à peine sensibles. Gros résidu bismuthée après 5 heures. Obstacle pylorique.

7 août 1919. — *Opération.* — Aide : M. David. — Analgésie pariétale ; rachianalgésie. Exploration : cicatrice étoilée blanche antérieure du pylore avec diminution du calibre (crayon), à siège duodénal. *Pylorectomie* à la Mayo; *gastro-entérostomie* transmésocolique postérieure.

Pièce: l'ulcère est au contact même du pylore, sur le bord supérieur du duodénum et le rétrécissement est surtout dû à l'épaisseur du tissu fibreux qui l'entoure.

Suites: parfaites. — Guérison.

OBSERVATION XXI

(Dr Abadie)

Ulcus de la petite courbure (niche de Hawdeck). Gastrectomie étendue; gastro-entérostomie termino-latérale. — Guérison.

R..., 43 ans, de St-Cloud, atteint de surdité presque complète, ne donne que bien peu de renseignements : début il y a 14 ans; douleurs qui vont en augmentant; incessantes depuis un mois. Vomissements provoqués. Poids: 54 k. 500.

Chimisme gastrique : Tubage à jeun : 0. Repas d'Ewald : 224 cc. A. = 2,55. H. = 1,24. Epreuve de Meunier : 1 h. 30.

Radioscopie. — Pas de stase. Estomac orthotonique, hypersthénique à contractions énergiques, fréquentes, efficaces. *Niche de Hawdeck* au niveau de la petite courbure.

14 août 1919. — *Opération.* — Aide : M. David. — Analgésie pariétale; rachianalgésie. Exploration : après libération de nombreuses adhérences lâches, on situe exactement un ulcus de la petite courbure adhérent au pancréas. Section du duodénum par écrasement, puis enfouissement à la Mayo. On rabat à gauche, on sculpte l'ulcère que l'on enlève presque en totalité sauf une toute petite partie du fond; on sectionne au-dessus après écrasement réalisant ainsi une *gastrectomie étendue* à plus de la moitié de l'organe, et l'on doit terminer par une *gastro-entérostomie termino latérale.*

Pièce: montre bien l'ulcus au niveau de la petite courbure, en arrière. (Aquarelle.)

Suites: parfaites. — Guérison.

OBSERVATION XXII

(Dr Abadie)

Ulcus sténosant du pylore. Pylorectomie; gastro-entérostomie. — Guérison.

R..., 39 ans, d'Oran. Début il y a 5 ans par douleurs après prise d'aliments surtout liquides. Vomissements aigres, alimentaires, actuellement provoqués. — Poids: 45 kgs.

Chimisme gastrique : Repas d'Ewald : 320 cc. A. = 2,92. H. = 0,80. Ac. butyrique. Epreuve de Meunier : 28 minutes

Radioscopie. — Stase gastrique à jeun. Grand estomac orthotonique, hypersthénique à contractions énergiques sans évacuations visibles. Transit intestinal rapide.

28 août 19. — *Opération.* — Aide : M. David. — Analgésie pariétale. Rachianalgésie. Exploration : cicatrice nacrée exactement à cheval sur le pylore dont la veine a disparu. *Pylorectomie* étendue à 8 cc. à gauche du pylore. *Gastro-entérostomie* postérieure transmésocolique à la pince-couplée.

Suites: normales. — Guérison.

OBSERVATION XXIII

(Dr Abadie)

Ulcus pylorique avec sténose. Pylorectomie; gastro-entérostomie. — Décès.

D..., 42 ans, de Mendez. Présente depuis 12 ans des douleurs 3 et 4 heures après les repas, des vomissements « comme du vinaigre », périodes de rémission; aggravation pendant la guerre, surtout à Salonique.

Radioscopie. — Stase à jeun. Grand estomac dilaté, hypotonique, au pubis avec hypersthémie marquée : contractions énergiques, mais inefficaces.

23 septembre 1919. — *Opération.* — Aide: Mme le Dr Abadie. Analgésie pariétale. Rachianalgésie. Exploration : bord supérieur du pylore très adhérent à la face inférieure du foie. Libération des épiploons; écrasement et section de l'estomac à 8 cm. du pylore; rabattement vers la droite; on sculpte en tissu fibreux le fond de l'ulcus; petite ouverture comme une lentille; la mise en place de l'écraseur et la section sur le duodénum permettent d'achever cette *pylorectomie* dans les conditions les meilleures. Sutures aisées. *Gastra-entérostomie postérieure* transmésocolique à la pince couplée.

Pièce: montre pylore rétréci et par le tissu fibreux forment le talus circulaire de l'ulcus prépylorique supérieur, et par la rétraction cicatricielle. (Aquarelle.)

Suites: Tout semblait faire prévoir une évolution normale; l'opération avait été relativement aisée, régulièrement et rapidement conduite. Or, dès le lendemain, T. = 40°, mais P. reste à 80. T. redescend progressivement à 38° le 5e jour, P. = 72. La nuit, du 6e jour, le malade se lève et juge opportun d'aller seul aux W. C. — Au 8e jour, état général brusquement altéré: on ouvre l'incision et on évacue du liquide qui paraît d'origine duodénale. — Décès. — En somme, désunion probable du duodénum.

OBSERVATION XXIV

(Dr Abadie)

Ulcère du pylore en évolution; pylorectomie et gastro-entérostomie. — Guérison.

A..., 29 ans, de Rio-Salado. Début il y a 2 ans, en captivité en Allemagne, par des douleurs vives sans relation avec les repas et des vomissements aigres. Les crises vont en se rapprochant; les douleurs sont « en broche ».

Radioscopie. — Pas de stase. Estomac dilaté, ptosé, mais hypersthénique.

27 septembre 1919. — *Opération.* — Aide : Mme le Dr Abadie. — Analgésie pariétale; rachianalgésie. Exploration : cicatrice étoilée antérieure, à cheval sur le pylore; pas d'adhérences ni d'épaississement notable. — *Pylorectomie* par écrasement et section du duodénum, puis de l'estomac à 7 cm. du pylore; enfouissement à la Mayo. *Gastro-entérostomie* postérieure transmésocolique juxtaterminale.

Pièce: montre juste au ras du pylore, mais sur le versant duodénal un ulcère à l'emporte-pièce. (Aquarelle.)

Suites: normales. — Guérison.

OBSERVATION XXV

(Dr Abadie)

Sténose serrée par ulcus duodénal cicatrisé; Estomac énorme. — Pylorectomie large; gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

A..., 33 ans, de Sidi-Bel-Abbès. N'a jamais souffert; mais depuis un an présente des vomissements de plus en plus fréquents, se produisant maintenant presque après chaque repas. Amaigrissement marqué. Poids: 46 kgs.

Chimisme gastrique : Tubage à jeun : 700 cc. A. = 1,97. H. = 0,514. Ac. butyrique. Repas d'Ewald : 140 cc. A. = 2,26. H. = 0,51. Epreuve de Meunier : 2 h. 30.

Radioscopie. — Stase considérable : presque rien n'a passé. Estomac énorme, dilaté, atonique, descendant plus bas que le pubis; pas de contraction.

11 sept. 1919. — *Opération.* — Aide: Dr Saint-Jean. — Analgésie pariétale; rachianalgésie. Exploration : pylore rétréci, du calibre d'un crayon; tout autour, vers l'estomac, zône nacrée cicatricielle; pas d'adhérences dans la profondeur; estomac énorme. *Pylorectomie* large, allant jusqu'à 10 cm. du pylore par écrasement et section, puis enfouissement à la Mayo. *Gastro-entérostomie* postérieure transmésocolique à la pince couplée d'Abadie.

Pièce : montre que l'ulcère cicatrisé est bien de siège duodénal; le pertuis persistant admet à peine une sonde cannelée. (Aquarelle.)

Suites: normales. — Guérison.

OBSERVATION XXVI

(Dr Abadie)

Ulcère sténosant du pylore, en évolution. Pylorectomie, Gastro-entérostomie. — Guérison.

P..., 31 ans, d'Oran. Douleurs depuis 4 ans, situées à l'ombilic et à gauche, très fortes le matin à jeun, survenant par crises de plus en plus fréquentes. Vomissements irréguliers. Amigrissement très grand : poids : 53 kil. 500.

Chimisme gastrique : Tubage à jeun: 110 cc. A. = 2,40. H. = 109. — Epreuve de Meunier : 6 heures.

Radioscopie: Stase; estomac dilaté, en parapluie, hypotonique, orthosthénique produisant même du refoulement par en haut. Pas d'évacuations visibles.

3 oct. 1919. — *Opération.* — Aide : M. David. — Analgésie pariétale; rachianalgésie. — Exploration : en dedans du pylore, cicatrice blanchâtre au niveau de la petite courbure; le décollement colo-épiploïque, confirme siège de l'ulcus surtout en arrière. *Pylorectomie* suivant la technique précédemment indiquée; on enlève la totalité de l'ulcus en le sculptant en plein tissu fibreux. *Gastro-entérostomie* postérieure transmésocolique à la pince couplée.

Pièce: montre ulcus un peu irrégulier, à bords calleux, juxtapylorique, entraînant une sténose. (Aquarelles.)

Suites: normales. — Guérison.

OBSERVATION XXVII

(Dr Abadie)

Ulcus de la petite courbure en évolution; pylorectomie large, gastro-entérostomie. — Guérison.

L..., 41 ans, de Dublineau. Début il y a cinq ans par des douleurs avec vomissements. Crises de plus en plus rapprochées. Plusieurs hématémèses. Très amaigri. — Poids : 50 kgs.

Chimisme gastrique: Tubage à jeun : 25 cc. A. = 1,57. H. = 124. Ac. lactique et butyrique. Repas d'Ewald : 120 cc. A. = 3,24. H. = 1,97. — Epreuve de Meunier : 45 minutes.

Radioscopie. — Pas de stase. Estomac orthotonique, hypersthénique, présentant à l'union des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur, un étranglement persistant, aussi bien debout que couché.

11 oct. 1919. — *Opération.* — Aide : M. David. — Anal-gésie pariétale; rachianalgésie. Exploration : ulcère de la petite courbure avec épaississement notable, rétraction du petit épiploon, mais sans grandes adhérences; sensation plutôt de tumeur mobile. *Pylorectomie* suivant la technique habituelle. *Gastro-entérostomie* postérieure transmésocolique à la pince couplée.

Pièce: montre sur le versant pylorique un ulcère profond, en sablier, comme dû à la réunion de deux ulcères voisins. (Aquarelle.)

Suites: normales. — Guérison.

OBSERVATION XXVIII

(Dr Abadie)

Sténose pylorique par ulcus duodénal; Pylorectomie large; gastro-entérostomie. — Guérison.

O..., 50 ans de Sidi-Bel-Abbès. Début il y a 18 mois par douleurs continuelles, mais peu intenses avec quelques vomissements alimentaires. Douleurs et vomissements ont à peu près disparu depuis quelques mois, mais l'amaigrissement persiste. — Poids : 42 kgs.

Chimisme gastrique: Tubage à jeun : 100 cc. A. = 3.70. H. = 0,43. — Repas d'Ewald : 200 cc. A. = 2.90. H. = 115. Epreuve de Meunier : 2 h. 30.

Radioscopie — Stase. Grand estomac atonique (au pubis) passant en avant du colon transverse, orthosthénique, mais ans évacuations visibles.

13 oct. 1919. — *Opération.* — Aide : M. David. — Analgésie pariétale; rachianalgésie. Exploration : estomac énorme et souple; vers le pylore, adhérences; le décollement colo-épiploïque montre que la partie tout à fait haute du duodénum est très adhérente. *Pylorectomie* large de gauche à droite, après section première de l'estomac. Technique habituelle. *Gastro-entérostomie* postérieure, transmésocolique à la pince couplée.

Pièce : montre contre le pylore un ulcère du bord inférieur du duodénum avec sténose serrée. (Aquarelle.)

Suites: normales. — Guérison.

OBSERVATION XXIX

(Dr Abadie)

Sténose par ulcus du bulbe duodénal. Pylorectomie large, gastro-entérostomie. — Guérison

Del S..., 44 ans de Sidi-Bel-Abbès. Début il y a vingt ans par douleurs de suite après la prise d'aliments, et vomissements, surtout provoqués, alimentaires. Evolution lente. Peu maigri. — Poids: 58 kgs.

Chimisme gastrique : Tubage à jeun : 150 cc. A. = 2.70. H. = 2. Ac. butyrique. — Repas d'Ewald : 250 cc. A. = 3.40. H. = 1,80. Ac. butyrique. Epreuve de Meunier: 2 heures.

Radioscopie. — Stase marquée. Estomac énorme, descendant derrière le pubis et en avant du colon transverse, atonique; contractions énergiques, inefficaces.

17 oct. 1919. — *Opération.* — Aide : M. David. — Analgésie pariétale; rachianalgésie. Exploration : zône nacrée occupant pylore et petite courbure, avec adhérences lâches étendues, laissant mobilité en bloc. Pylorectomie large de gauche à droite, suivant la technique habituelle; gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique à la pince couplée d'Abadie.

Pièce: montre nettement veine pylorique et pylore; le point le plus rétréci et l'ulcus sont nettement sur le duodénum; un ulcus est en pleine évolution en haut et en arrière; un autre apparaît cicatrisé sur la face antérieure. (Aquarelle.)

Suites: normales. — Guérison.

OBSERVATION XXX

(Dr Abadie)

Ulcère en évolution de la petite courbure; gastrectomie et gastro-entérostomie. — Guérison.

G..., 39 ans, de St-Cloud d'Algérie. Début il y a 2 ans par douleurs après les repas, puis vomissements provoqués. Depuis trois mois, douleurs plus violentes; vomissements provoqués journaliers. — Poids: 60 kgs.

Chimisme gastrique : Tubage à jeun : néant. — Repas d'Ewald : 210 cc. A. = 2.77. H. = 1.07. — Epreuve de Meunier : vomissement après 5 heures; le malade n'avait encore rien senti...

22 nov. 1919. — *Opération.* — Aide : M. David. — Analgésie pariétale et rachianalgésie. Exploration : adhérences lâches entre foie et face ant. de l'estomac occupée par une zône nacrée; le décollement colo-épiploïque confirme ulcère de la petite courbure. — *Gastrectomie* de gauche à droite enlevant ulcus et son fond situé en tissu fibreux sous-hépatique. — Technique habituelle. *Gastro-entérostomie* postérieure transmésocolique à la pince d'Abadie.

Pièce: montre au voisinage de l'amorce de réflexion verticale de la petite courbure, ulcère en évolution, comme 1 franc, du bord supérieur de l'estomac. (Aquarelle.)

Suites: normales. — Guérison.

OBSERVATION XXXI

(Dr Abadie)

Gastro-entérostromie ancienne. Syndrome actuel de stase. Pylorectomie complémentaire. — Guérison.

G..., 47 ans, de Beni-Saf. Opéré par nous en 1912 pour ulcus calleux du pylore qui nous a donné alors l'impression d'un néoplasme du pylore. Aussi nous sommes-nous borné à une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure éloignée du pylore afin d'éviter le plus longtemps possible l'envahissement néoplasique de l'anastomose.

Suites normales. — Actuellement recommence à souffrir de façon constante, surtout après la prise d'aliments; vomissements alimentaires provoqués; amaigrissement considérable. — Poids : 44 kgs.

Chimisme gastrique impossible à étudier : vomit aussitôt.

Radioscopie. — Pas de stase dans l'antre. Estomac hypertonique; hypersthénique. Le bismuth passe aussitôt dans l'anatomose et dans le grêle. Mais il semble aussi que les contractions énergiques amènent quelques évacuations pyloriques.

17 décembre 1919. — *Opération.* — Aide : M. David. — Analgésie pariétale; rachianalgésie. — Exploration: le pylore, beaucoup moins adhérent et gros que jadis, est le siège d'une cicatrice nacrée; le colon transverse est étroitement accolé à la grande courbure, contre l'anastomose ancienne qui paraît cartonnée, mais est perméable. Ulcus peptique? — Pylorectomie suivant la technique habituelle.

Suites: normales.

Remarques. — On s'est borné à une pylorectomie, le malade n'ayant évidemment pu supporter l'intervention com-

plexe qu'eût entraîné la résection de l'anastomose et vraisemblablement d'une partie du colon — et aussi dans un but expérimental, afin de vérifier si la pylorectomie est susceptible de changer les conditions d'apparition et de développement de l'ulcus peptique.

OBSERVATION XXXII

(Dr Maurin)

Gros ulcère juxta-pylorique stomacal. — Pylorectomie. Gastro-entérostomie. — Guérison.

M..., 44 ans, de Mercier-Lacombe. Fait remonter le début de sa maladie à 10 ou 12 années. Douleurs un quart d'heure après la prise d'aliments, la nuit et le matin à jeun, siégeant au creux épigastrique. Les vomissements, alimentaires et glaireux surviennent en général une heure après la fin du repas. Ils sont très acides et quelquefois le malade les provoque pour amener un soulagement.

Depuis 2 mois, notable aggravation, les douleurs sont incessantes, très violentes, « en broche ». Jamais d'hématémèses, ni de melœnas. Chimisme gastrique: à jeun : 50 cc. A = 0,40. H. = 0. — Après repas d'Ewald : 60 cc. A. = 2.08. H. = 0.

Radioscopie. — Estomac dilaté, hypertonique, contraction énergique. Point douloureux très net sur la petite courbure.

17 nov. 1919. — *Opération.* — Aide : M. David. — Anesthésie à l'éther, appareil d'Ombrédanne. — Exploration: cicatrice étoilée, blanchâtre, à cheval sur la petite courbure. Nombreuses adhérences. Pylorectomie sans écrasement, avec les clamps. Section de l'estomac au thermo-cautère à 7 à 8 cm. du pylore.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Suites: normales. — Guérison. Le malade quitte l'hôpital au 20e jour.

CONCLUSIONS

De cet exposé rapide, mais étayé sur un nombre important de faits nouveaux et observés avec précision, il nous paraît légitime de tirer les conclusions suivantes :

1° La G. E. est une opération simple, facile, rapide, mais nettement insuffisante dans ses résultats éloignés.

2° La preuve de son insuffisance nous est donnée par le nombre d'opérations complémentaires que l'on a proposées pour y remédier : exclusion du pylore, excision ou cautérisation de l'ulcus.

3° Aucune de ces méthodes ne corrige *tous* les inconvénients de la G. E. et, *seule, la gastrectomie,* plus ou moins étendue, suivant le siège et l'importance des lésions, est à l'abri de ces critiques.

4° La gastro-entérostomie ne devra être, le plus souvent, que le premier stade d'une gastrectomie en deux temps, légitimée par la faiblesse et la dénutrition extrême du malade : elle se fera à l'anesthésie régionale, ou même purement locale, pariétale.

5° On est en droit d'espérer que la gastrectomie, dont la gravité a déjà bien diminuée, sera rendue plus bénigne par des perfectionnements de la technique chaque jour améliorée. Dès ce jour, on peut

affirmer l'excellence de l'emploi exclusif de l'analgésie régionale, et celui de l'écrasement.

La gastrectomie deviendra ainsi de plus en plus l'opération de choix.

6° Pour le diagnostic, la clinique reste encore l'élément primordial et c'est sur elle, avant tout, que doit se baser l'indication opératoire.

7° L'examen chimique est le plus souvent superflu.

8° La radioscopie doit être pratiquée de préférence par le chirurgien lui-même, non seulement debout, mais aussi en position couchée. Elle montre, dans un nombre important de cas, des images caractéristiques: stase, niche de Haudeck, etc..., confirmant ou complétant le diagnostic. Elle n'est jamais suffisante à contre-indiquer une opération, décidée de par la clinique.

9° Si l'on veut obtenir, à tous points de vue, avec le minimum de difficultés techniques, des résultats certains et durables, il ne faut pas hésiter à opérer dès qu'on soupçonne l'ulcère, et qu'un traitement médical bien conduit s'est montré inefficace.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J. Abadie (Oran). — De la Résection Gastrique comme méthode de choix dans le traitement chirurgical des Ulcères de l'Estomac. (Communication à l'*Académie de Médecine de Paris*. Séance du 25 novembre 1919.)

Balfour (Rochester). — Résultats du traitement chirurgical de l'Ulcère Gastrique (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XXIV n° 6, juin 1917). In *Journal de Chirurgie*, tome XV, n° 7, 1919.

D.-C. Balfour (Chicago). — Traitement chirurgical de la forme hémorragique des Ulcères Gastrique et Duodénal. (*The Journal of the American medical Association*, tome LXXIII n° 8, 23 août 1919.

A. Basseler. — Diagnostic de l'Ulcère Gastro-Duodénal (*The New-York Medical Journal*, tome CIX, 3 mai 1919); in *Presse Médicale*, 11 septembre 1919.

Bastianelli (Florence). — L'Exclusion Pylorique et ses indications (*La Clinica chirurgica*, tome XXII, n° 5, 31 mai 1914); in *Journal de Chirurgie*, août 1914.

Béclère et Mériel. — L'Exploration Radiologique dans les affections chirurgicales de l'Estomac et de l'Intestin. (Rapport lu au 25e *Congrès de Chirurgie* de 1912. Séance du 9 octobre.)

A. Bréchot. — *Contribution à l'étude de la pylorectomie. La gastro-duodéno-entérostomie.* (Thèse de Paris, 1909.)

G.-E. Brewer. — Procédé simple et rapide de fermeture du pylore (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XVIII, n° 2, février 1919); in *Journal de Chirurgie*, avril 1914.

H.-H. Brown. — Ulcère perforé du duodénum chez un homme de 83 ans. Guérison. (*The Bristish Medical Journal*, n° 3055, 19 juillet 1919); in *Presse Médicale*, 25 octobre 1919.

H. Brun (Lucerne). — Gastro-Duodénostomie pour ulcère (*Zentralblatt für Chirurgie*, tome XLI, n° 4, 24 janvier 1914); in *Journal de Chirurgie*, avril 1914.

P. Caillé (Paris). — *Diagnostic clinique de certaines formes de localisation de l'Ulcère de l'Estomac et du Duodénum.* (Thèse de doctorat, Paris 1914).

R.-D. Carman (Rochester). — Symptômes radiologiques de l'Ulcère du duodénum. (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXII, n° 13, 28 mars 1914); in *Journal de Chirurgie*, juin 1914.

Carr. — Perforation d'un Ulcère Pylorique, une semaine après une Gastro-Entérostomie. (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXIII, 5 juillet, 1919); in *Pressé Médicale*, 1er novembre 1919.

W.-F. Cheney. — Diagnostic différentiel de l'Ulcère gastrique. (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXII, n° 18, 3 mai 1919); in *Presse Médicale*, 8 septembre 1919.

L.-G. Cole. — Diagnostic de l'Ulcère Post-Pylorique (Duodénal) par le moyen des radiographies en série (*The Lancet*, 2 mai 1914), in *Journal de Chirurgie*, juillet 1914.

Delore (Lyon). — Ulcère Peptique après une Gastro-Entérostomie. (Communication à la Société de Chirurgie de Lyon, séance du 12 mars 1914); in *Lyon Chirurgical*, tome XI, n° 5, 1er mai 1914.

Delore et Santy (Lyon). — Gastrectomie dans l'Ulcère et l'Estomac. (*Lyon Chirurgical*, tome XI, n° 3, 1er mars 1914.)

Dobbertin (Berlin). — Gastro-Duodénostomie ou Gastro-Jéjunostomie pour Ulcère. (*Zentralblatt für Chirurgie*, tome XLI, n° 10, mars 1914); in *Journal de Chirurgie*, mai 1914.

P. Duval. — Le traitement des Ulcères de la petite courbure de l'Estomac, par la méthode de Balfour. (Communication à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 9 juillet 1919); in *Bulletins et Mémoire de la Société*, tome XLV, n° 24.

Enriquez et Gosset. — Remarques sur l'exclusion du Pylore (Communication à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 11 mars 1914), in *Bulletins et Mémoires de la Société*, tome XL, n° 10, 17 mars 1914.

Finochietto et Vacarezza. — Statistique opératoire de 75 cas d'ulcères gastriques et duodénaux (*Semana médica* [Buenos-Ayres], n° 50, 1918), in *Presse Médicale*, 24 mars 1919.

Finsterer. — Technique de la Gastrectomie. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CXXVIII, fasc. 5, 6 mai 1914); in *Journal de Chirurgie*, juillet, 1914.

A. Gabszewicz (Varsovie). — Les résultats des interventions chirurgicales pour sténose pylorique d'origine non-néoplastique (*Gazeta Lekarska*, tome XXII, ns 51, 20 décembre 1913); in *Journal de Chirurgie*, 2 mars 1914.

K. Glaessner et S. Kreuzfuchs. — Ulcère de l'Estomac et Ulcère Duodénal (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, tome LXIII, n° 48, 22 novembre 1913); in *Journal de Chirurgie*, janvier 1914.

Gudin (Rio-de-Janeiro). — Méthode aseptique pour les opération de l'Estomac et de l'Intestin. (*Presse Médicale*, n° 15, 13 mars 1919.)

W. Hartert (Tubingen). — Valeur actuelle de l'image radiographique dans le diagnostic des maladies de l'Estomac. (*Beiträge zur Klinichen Chirurgie*, tome XC, 15 avril 1914); in *Journal de Chirurgie*, juillet 1914.

H. Hartmann. — Sur le fonctionnement des bouches gastro-intestinales dans les cas de pylore perméable. (Communication à la Société de Chirurgie de Paris. séance du 17 juin 1914), in *Bulletins et Mémoires de la Société*, tome XL, n° 23, 23 juin 1914.

E. von Hertz (Londres). — Pathogénie et traitement de certains troubles consécutifs à la Gastro-Entérostomie. (*Annals of Surgery*, tome LVII, n° 4, octobre 1913); in *Journal de Chirurgie*, janvier 1914.

J.-S. Horsley. — Une opération nouvelle dans l'Ulcère duodénal et gastrique. (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXXIII, n° 8, 23 août 1919) in *Presse Médicale*, 15 novembre 1919.

Hunt et Helen Ingleby. — Transfusion du sang: un cas d'Ulcère Peptique avec anémie grave, traité par la transfusion sanguine. (*The Lancet*, tome CXCVI, n° 4993, 10 mai 1919).

Hutchinson (Londres). — Désagréments après la Gastro-Entérostomie. (*The Bristisch Medical Journal*, 3 mai 1919); in *Journal de Chirurgie*, tome XV, n° 4, 1919.

S. Kemp (Copenhague). — Contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique de l'ulcère gastrique : l'ulcère chronique juxta-pylorique, son diagnostic et son traitement. (*Mitteilungen aus den Greuz-gebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XXVII, fasc. 3, 1914); in *Journal de Chirurgie*, mai 1914.

M. Krabbel et Geinitz (Bonn). — Contribution à la chirurgie des affections bénignes de l'Estomac. (*Mitteilungen aus den greuzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XXVII, asc. 5, 1914); in *Journal de Chirurgie*, juillet 1914.

A. Landau (Varsovie). — De l'Ulcère rond de l'Estomac et de la Gastro-Entérostomie. (*Medycyna i pronika Lekarska*, tome XLIX, n° 8, 9, 10, 21 et 28 février et 7 mars 1914); in *Journal de Chirurgie*, juin 1914.

W.-J. Mallory (Washington). — Hypertonie gastrique et Gastro-Entérostomie. (*The Journal of the American*

Medical Association, tome LXII, n° 24, 13 juin 1914); in *Journal de Chirurgie*, août 1914.

MARQUIS (Rennes). — Perforation d'un Ulcère peptique du jejunum, six ans après une Gastro-Entérostomie : opération; guérison. Influence des diverses techniques de Gastro-Entérostomie sur la production des Ulcères. (Société de Chirurgie de Paris, 26 novembre 1913 [Rapport de Hartmann], in *Bulletins et Mémoires de la Société*, tome XXXIX, 2 décembre 1913.)

MARTINET. — *Diagnostic clinique* (Masson, 1919).

A. MATHIEU, L. SENCERT et Th. TUFFIER. — *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage* (chez Masson et Cie, éditeurs, à Paris, 1913).

W.-J. MAYO (Rochester). — Récidives d'Ulcère duodénal près intervention. (*The Boston Surgical Journal*, tome CLXX, n° 5, 22 janvier 1914); in *Journal de Chirurgie*, mai 1914.

MOYNIHAN (Leeds). — *Duodénal ulcer*, 1910 (Saunders, édit., Londres et Philadelphie).

C. MUELLER (Segesvar). — L'étude radiologique des affections du duodénum. (*Fortschritte auf den Gebiete der Rœtgenstrahlen*, tome XXI, fasc. 5, 18 mars 1914); in *Journal de Chirurgie*, mai 1914.

V. PAUCHET. — Double sténose gastrique (estomac en sablier) et duodénale; triple anastomose; retour des accidents par ulcères peptiques. Gastrectomie, guérison. (Communication à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 29 avril 1914); in *Bulletins et Mémoires*, tome XL, n° 16, 5 mai 1914.

— Traitement de l'Ucère chronique de l'Estomac (Gastrectomie suivie de Gastro-Jejunostomie termino-latérale). *Presse Médicale*, n° 56, 9 octobre 1916.

— L'Estomac Biloculaire. (*Presse Médicale*, n° 41, 24 juillet 1919.)

PELAEZ. — Traitement chirurgical de l'Ulcère gastrique et de ses complications. (*Revista Española de Cirurgia*,

tome I, n° 6, juin 1919); in *Journal de Chirurgie*, tome XV, n° 6, novembre 1919.

S. Porta. — L'exclusion plorique à la Biondi. (*Journal de Chirurgie*, tome XII, n° 3, mars 1914).

L. Pron. — *La Pratique des maladies de l'Estomac*, Maloine, 1919.

Reichel (Munich) — Constatations radiographiques et constatations opératoires dans le Cancer du Pylore (*Muenchener medizinische Wochenschrift*, tome LXI, n° 2, 13 janvier 1914 et n° 3, 20 janvier 1914); in *Journal de Chirurgie*, avril 1914.

Ricard et Pauchet. — Ulcère duodénal. Son traitement chirurgical (23e *Congrès de Chirurgie*, séance du 5 octobre 1910).

M.-A. Roshem. — *De l'intervention dans l'Ulcère hémorragique de l'Estomac et du Duodénum-Pylore.* Thèse de doctorat, Lyon 1914.

L. de Rydygier (Lemberg). — Sur le traitement chirurgical de l'Ulcère de l'Estomac, *Revue de Chirurgie*, tome XLVIII, n° 12, 10 décembre 1913.

P. Santy.— *Contribution à l'Etude des Ulcères chroniques du corps de l'Estomac et des Estomacs biloculaires par Ulcère.* Thèse de doctorat, Lyon 1915.

E. Schesinger. — Diagnostic radiologique de l'Ulcère du Duodénum (*Deutche Medizinische Wochenschrift*, tome XL, n° 23, 4 juin 1914); in *Journal de Chirurgie*, août 1914.

G. Schnitzler (Vienne). — De la Chirurgie de l'Estomac (*Medizinische Klinik*, tome X, n° 16, 19 avril 1914); in *Journal de Chirurgie*, juin 1914.

F. Smithies (Chicago). — Les rapports de l'Ulcère et du Cancer de l'Estomac. (*The Journal of the American Medical Association*, tome LXI, n° 20, 15 novembre 1913); in *Journal de Chirurgie*, janvier 1914.

M. Thierry de Martel. — Chirurgie gastrique : méthode de l'écrasement. (*Presse Medicale*, 7 juillet 1919).

TOUPET. — Technique de la Gastro-Entérostomie postérieure transmésocolique après décollement colo-épiploïque. (*Journal de Chirurgie*, 1919, n° 3).

R.-F. VACAREZZA. — Fistules jejuno et gastro-coliques par Ulcère peptique consécutif à la Gastro-Entérostomie (*Annales del Instituto Modelo de Clinica Medica*, tome III, n° 2, 1918); in *Presse Médicale*, 4 septembre 1919.

O. WILENSKI (New-York). — Les causes du retour des accidents après les opérations pour Ulcère gastrique et duodénal (*The American Journal of the medical sciences*, tome CXIV, n° 546); in *Journal de Chirurgie*, n° 7 1918.

O. WILENSKI et BURRELL B. CROHN. — Recherches sur la physiologie et la pathologie de l'Estomac après la Gastro-Entérostomie (*The American Journal of the Medical Sciences*, tome CLIII, n° 543); in *Journal de Chirurgie*, 1918, n° 7, page 69.

W. ZWEIG (Vienne). — Les mauvais résultats de la Gastro-Entérostomie pour sténose du Pylore, dus à la fermeture spasmodique de la bouche gastrique. (*Archiv für Verdanmings Krankheiten*, tome XIX, fasc. 6, 16 décembre 1913); in *Journal de Chirurgie*, février 1914.

Vu : *Le Doyen*,
J. CURTILLET.

Vfl: *Le Président de la thèse*,
E. VINCENT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Alger, le 6 janvier 1920,

Le Recteur,
E. ARDAILLON.